

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ DE LORRAINE FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
2012

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Nicolas MESSEIN

le 20 novembre 2012

TITRE :

MODES ET NIVEAUX DE RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES : OPINIONS DES OMNIPRATICIENS ET DES PATIENTS LORRAINS

UNE DOUBLE APPROCHE QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Examinateurs de la thèse :

M. le Professeur Serge Briançon	Président
M. le Professeur Francis Guillemin	Juge
Mme le Docteur Elisabeth Steyer	Juge
M. le Docteur Jacques Birgé	Directeur et Juge

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
2012

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Nicolas MESSEIN

le 20 novembre 2012

TITRE :

MODES ET NIVEAUX DE RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES : OPINIONS DES OMNIPRATICIENS ET DES PATIENTS LORRAINS

UNE DOUBLE APPROCHE QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Examinateurs de la thèse :

M. le Professeur Serge Briançon — Président

M. le Professeur Francis Guillemin — Juge
Mme le Docteur Elisabeth Steyer — Juge
M. le Docteur Jacques Birgé — Directeur et Juge

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen *Mission « sillon lorrain »* : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen *Mission* « *Campus »* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen *Mission « Finances » :* Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « *Recherche »* : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :	
- 1er Cycle :	**Professeur Bruno CHENUEL**
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	**M. Christophe NÉMOS**
- 2ème Cycle :	**Professeur Marc DEBOUVERIE**
- 3ème Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	**Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
« DES Spécialité Médecine Générale	**Professeur Paolo DI PATRIZIO**
- Filières professionnalisées :	**M. Walter BLONDEL**
- Formation Continue :	**Professeur Hervé VESPIGNANI**
- Commission de Prospective :	**Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**
- Recherche :	**Professeur Didier MAINARD**
- Développement Professionnel Continu :	**Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**
Assesseurs Relations Internationales	**Professeur Jacques HUBERT**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Patrick BOISSEL - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET -
Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES -
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER
Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Professeur Bernard FOLIGUET
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*
Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR
2ème sous-section : *(Physiologie)*
Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT
3ème sous-section : *(Biologie Cellulaire)*
Professeur Ali DALLOUL
4ème sous-section : *(Nutrition)*
Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeur Evelyne SCHVOERER
3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*
Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN
Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA
2ème sous-section : *(Médecine et santé au travail)*
Professeur Christophe PARIS
3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*
Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*
Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY
Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL
3ème sous-section : *(Immunologie)*
Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE
4ème sous-section : *(Génétique)*
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1ère sous-section : *(Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)*
Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ
Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeur Marie-Reine LOSSER
2ème sous-section : *(Réanimation ; médecine d'urgence)*
Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT
Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*
Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET
4ème sous-section : *(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)*
Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1ère sous-section : *(Neurologie)*

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER – Professeur Louis MAILLARD

2ème sous-section : *(Neurochirurgie)*

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT – Professeur Sophie COLNAT-COULBOIS

3ème sous-section : *(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)*

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : *(Pédopsychiatrie ; addictologie)*

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : *(Médecine physique et de réadaptation)*

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : *(Rhumatologie)*

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : *(Chirurgie orthopédique et traumatologique)*

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)*

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : *(Pneumologie ; addictologie)*

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : *(Cardiologie)*

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)*

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4ème sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)*

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3ème sous-section : *(Néphrologie)*

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : *(Urologie)*

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)*

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2ème sous-section : *(Chirurgie générale)*

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : *(Pédiatrie)*

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2ème sous-section : *(Chirurgie infantile)*

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

4ème sous-section : *(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)*

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*
Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : *(Ophtalmologie)*
Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI
3ème sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON – Professeur Muriel BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur Jean-Marc BOIVIN

==========

PROFESSEUR ASSOCIÉ
Médecine Générale
Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ
2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Docteur Aude BRESSENOT

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE
2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)
Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN
Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Silvia VARECHOVA
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*
Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN – Docteur Corentine ALAUZET
2ème sous-section : *(Parasitologie et mycologie)*
Madame Marie MACHOUART

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN
2ème sous-section *(Médecine et Santé au Travail)*
Docteur Isabelle THAON
3ème sous-section *(Médecine légale et droit de la santé)*
Docteur Laurent MARTRILLE
4ère sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*
Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*
Docteur Lina BOLOTINE
3ème sous-section : *(Immunologie)*
Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT
4ème sous-section : *(Génétique)*
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)*
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT
Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteur Anne-Christine RAT
3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*
Docteur Anne-Claire BURSZTEJN
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteur Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Docteur Stéphane ZUILY

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)*
Docteur Laure JOLY

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
3ème sous-section :
Docteur Olivier MOREL
5ème sous-section : *(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)*
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Docteur Elisabeth STEYER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER

19ème section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66ème section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Sophie SIEGRIST
Docteur Arnaud MASSON
Docteur Pascal BOUCHE

========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE
Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGÉ
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (USA)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de WUHAN (CHINE)

Remerciements

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON

Professeur d'Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention.

Nous vous remercions de juger notre travail et de l'immense honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury.
Nous vous prions de voir dans ce travail l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur d'Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention.

Votre participation à notre jury de thèse est pour nous un très grand honneur. Veuillez trouver ici le témoignage de notre profond respect et de notre haute considération.

À NOTRE JUGE

Madame le Docteur Elisabeth STEYER

Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale. Médecin généraliste à Talange (57).

Nous gardons un excellent souvenir de la qualité de vos enseignements au sein du Département de Médecine Générale.
Pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger notre travail,
Soyez assurée de notre éternel respect.

À NOTRE DIRECTEUR ET JUGE

Monsieur le Docteur Jacques BIRGÉ

Docteur en médecine. Médecin généraliste à Boulay (57).

Avoir réalisé notre travail de thèse sous votre direction a été un immense honneur.
Pour votre disponibilité, votre engagement et votre accompagnement tout au long de sa réalisation,
Trouvez ici toute l'expression de notre sincère reconnaissance.

À Mlle Anne-Claire MANGEL, Docteure en sociologie diplômée de l'Université Paris-Descartes Sorbonne, merci de ton aide précieuse dans l'analyse des focus groups.

À Mme Kossar HOSSEINI, du Service d'Épidémiologie et Évaluation Cliniques du CHU de Nancy, nous vous remercions sincèrement pour votre aide et vos conseils dans la réalisation de notre étude quantitative.

Au Dr Yves SPYCKERELLE, médecin coordonnateur de l'AMODEMACES, **au Dr Jean-Marie REISER**, médecin régional de la SNCF, **à Mme Laurence POHL**, responsable du service prévention et directrice de la communication de la CPAM Moselle, **au Dr Laurence ECKMANN** et **Mme Karine DIDIER**, de l'ARS Lorraine, **à Mme Laetitia BERRAR**, directrice des centres de santé de la CARMI de l'Est, pour toutes les précisions apportées lors de la réalisation de cette thèse.

Au Dr Marie-France BAUDOIN, présidente de l'AMMPPU, **à Mme Marie-France CAMERLENGO**, secrétaire de l'AMMPPU, et **à tous les médecins** qui ont pris un peu de leur temps pour participer à notre étude, merci. Ce travail n'aurait pas pu voir le jour sans vous.

À Mme Laetitia ROBELIN, secrétaire du Pr BRIANÇON au service d'Épidémiologie et Évaluation Cliniques du CHU de Nancy, **à Mr Mathieu TOURTELLE** et **Mme Valérie FABRE**, du Secrétariat des Thèses de la Faculté de Médecine de Nancy, pour leur disponibilité, leur rapidité et leur dévouement.

Aux médecins qui me font confiance et qui me confient leurs patients pendant leurs absences, merci de m'avoir accueilli et de me permettre de me sentir encore et toujours aussi bien en remplacement chez vous.

À mes parents,

Votre soutien aura été sans faille pendant toutes ces années d'étude. Vous m'avez permis d'être ce que je suis. Soyez assurés de tout mon amour.

À mes grands-parents,

Pour votre bienveillance et votre soutien. Je sais que vous devez être très fiers.

À ma famille,

Merci pour vos encouragements et pour avoir pardonné mes absences.

À Anne-Claire, Cyril, Théo, Jessica, Julien, Adeline, Matthieu, Rebecca, J-B, Damien, Nicolas, Virginie, Valérie-Anne, Céline, Olivier, Elliott… et tous les autres,

Sans vous la vie manquerait de piment. Je vous remercie pour tous les bons moments passés ensemble.

À ma Crapule,

Pour ta patience, ton implication et tes encouragements tout au long de ce travail, et à ce que la vie nous réserve.

À ceux que j'ai oubliés, veuillez me pardonner.

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

Sommaire

Liste des abréviations

ACBUS : Accords Cliniques de Bon Usage des Soins.

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité SAnitaire des Produits de Santé.

ALD : Affection de Longue Durée.

AMODEMACES : Association MOsellane pour le DEpistage des MAladies CancéreusES.

AMMPPU : Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post-Universitaire.

APE : Actifs à Part Entière.

ARS : Agence Régionale de Santé.

ASV : Avantage Social Vieillesse.

AVC : Accident Vasculaire Cérébral.

BNC : Bénéfices Non Commerciaux.

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive.

CAPI : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles.

CARMI Est : CAisse Régionale de sécurité sociale MInière de l'Est.

CBP : Contrats de Bonne Pratique.

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux.

CMU : Couverture Maladie Universelle.

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs de Santé.

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins.

COTOREP : COmmission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel.

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français.

DAM : Délégué de l'Assurance Maladie.

DGFiP : Direction Générale des Finances Publiques.

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

ECN : Epreuves Classantes Nationales.

EFR : Explorations Fonctionnelles Respiratoires.

FEMALOR : FEdération des MAisons et pôles de santé de LORraine.

FMC : Formation Médicale Continue.

GMS : General Medical Service.

GP : General Practitioner.

HAD : Hospitalisation A Domicile.

HAS : Haute Autorité de Santé.

HMO : Health Maintenance Organization.

HTA : HyperTension Artérielle.

IEC : Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion.

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité.

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

IPP : Inhibiteur de la Pompe à Protons.

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé.

ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale.

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale.

MEP : Mode d'Exercice Particulier.

MGE : Majoration Grand Enfant.

MG France : Médecins Généralistes France.

MNO : Majoration NOurrisson.

MSA : Mutuelle Sociale Agricole.

NDA : Note De l'Auteur.

NGAP : Nomenclature Généralisée des Actes Professionnels.

NHS : National Health Service.

NICE : National Institut for health and Clinical Excellence.

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération.

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie.

ORS : Observatoire Régional de la Santé.

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur.

P4P : Pay Fo(u)r Performance.

PCT : Primary Care Trust.

PMS : Personal Medical Service.

PPP : Purchasing Power Parities.

QMAS : Quality Management and Analysis System.

QOF : Quality and Outcomes Framework.

RBP : Recommandations de Bonne Pratique.

RDA : République Démocratique d'Allemagne.

RFA : République Fédérale d'Allemagne.

RMO : Références Médicales Opposables.

RTT : Récupération du Temps de Travail.

SHA : Strategic Health Authorities.

SML : Syndicat des Médecins Libéraux.

SNCF : Société Nationale des Chemins de fer Français.

SNIIRAM : Système National d'Informations Inter-Régimes de l'Assurance Maladie.

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile.

UMS : Unité Minimale de Signification.

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux.

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé.

URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales.

USMF : Union des Syndicats de Médecins Français.

ZAC : Zone d'Activités Commerciales.

Introduction

L'application à grande échelle du paiement à la performance pour tous les médecins généralistes français depuis janvier 2012 a mis en lumière un point peu connu de l'activité des omnipraticiens : celui de leurs modes de rémunération, et par la même occasion de leurs revenus.

Car même s'il existe différentes méthodes de rétribution des médecins, le paiement à l'acte reste à l'heure actuelle le mode de rémunération quasi-exclusif dans notre pays. Mais quels sont ses avantages et ses inconvénients, ainsi que ceux des autres modes de paiement ?

Parler d'argent et de revenus est réputé être un sujet sensible en France, notamment lorsque cela concerne une profession considérée comme privilégiée. Or il s'agit d'une question essentielle : à l'heure de l'économie de la santé, il est important de se demander si les modes et les niveaux de rémunération des médecins généralistes sont gérés de façon optimale. Cette question pourrait également avoir une influence sur la « crise des installations » que subit la médecine générale dans notre pays : les jeunes médecins considèrent de plus en plus leur activité comme un métier et non plus comme une vocation. Les conditions de rétribution doivent donc être à la hauteur de leurs espérances : les revenus en médecine générale libérale sont-ils toujours le levier positif qu'ils ont été ? Qu'en pensent les médecins installés, riches de leur expérience ?

La première partie de ce travail s'attachera à décrire les différents modes de rémunération des omnipraticiens, ainsi que les choix effectués en France et chez nos voisins européens. Nous évoquerons également les revenus des médecins généralistes dans ces différents pays.

Nous verrons ensuite quels sont les avis des patients sur le sujet grâce à une étude quantitative, puis nous analyserons les opinions des médecins généralistes eux-mêmes par le biais d'une étude qualitative.

Enfin, une discussion générale tentera de confronter les points de vue des différents acteurs, et de proposer un modèle de rémunération qui nous semblerait idéal.

I. Revue de la littérature

A. Contexte général : l'économie de la santé

1. Le marché de la santé et la loi de l'offre et de la demande

Comportant des producteurs de soins, notamment les médecins, et des consommateurs de soins, les patients, le domaine de la santé peut être assimilé à un marché. Mais la loi de l'offre et de la demande qui sous-tend l'activité médicale n'est pas régie par des règles économiques simples. Le consommateur est atypique : il n'achète pas de produit fini au producteur mais rémunère un service, une attitude, une pratique, afin d'obtenir une réponse à un problème médical. Il ne connaît ainsi pas exactement le produit de santé qu'il vient chercher lorsqu'il se rend chez son praticien. Le médecin, quant à lui, est soumis à une obligation de moyens et non de résultats, même si cette affirmation semble de plus en plus discutable et discutée. Il ne peut ainsi être considéré comme un producteur classique.

Les études montrent que la tendance actuelle est à la raréfaction relative de l'offre médicale. Celle-ci dépend de plusieurs facteurs :

Elle est corrélée de manière intime à la démographie médicale, c'est-à-dire au nombre de médecins et à leur répartition. Cette offre va décroître dans la plupart des pays industrialisés, en raison du départ à la retraite des praticiens nés pendant le baby-boom d'après seconde guerre mondiale. On estime ainsi qu'en France les effectifs médicaux vont diminuer de 9,4 % entre 2006 et 2025 (1). La densité médicale passerait alors à 2,83 pour 1 000 habitants, sous la moyenne actuelle des pays de l'OCDE à 3,1 pour 1 000 (2).

La manière de travailler des médecins et leur productivité évoluent également. Les jeunes générations de médecins ne sont plus prêtes à passer autant de temps que leurs aînés au cabinet, privilégiant plus souvent la qualité de vie, les loisirs et la famille. Ce constat se vérifie de manière plus importante encore pour les femmes : celles-ci ont un temps de travail hebdomadaire inférieur de six heures (surtout dans les premières années d'exercice correspondant souvent à la période de la maternité) par rapport à leurs collègues masculins (3). Elles réalisent également moins d'actes par jour, avec une durée de consultation moyenne un peu plus longue que celle de leurs confrères (3). La féminisation de la profession (les femmes seront majoritaires parmi les médecins aux alentours de 2020 selon les projections (1)) pourrait accentuer le phénomène de diminution de l'offre de soins.

La demande, quant à elle, augmente (4) :

Le vieillissement de la population entraîne une consommation accrue de soins : les personnes âgées présentent plus de maladies chroniques, consomment plus de médicaments, deviennent parfois dépendantes. On estime à 4,9 le nombre de recours chez le médecin par personne et par an pour la classe des 0-20 ans, contre 15 pour la classe des plus de 80 ans (4). La tendance actuelle au vieillissement de la population dans la plupart des pays industrialisés va avoir un rôle important sur la demande de soins médicaux.

Nous sommes actuellement confrontés à de nouveaux facteurs environnementaux : des problèmes de pollution et de nutrition apparaissent et prennent une place croissante dans l'activité de santé.

Les innovations technologiques, les progrès médicaux ont également tendance à augmenter la demande de soins, puisque de nouvelles possibilités de prise en charge en découlent.

Les comportements socioculturels changent : l'évolution de la représentation de la santé actuelle facilite et intensifie la consommation des biens de santé de la part des patients, dont l'exigence en matière de qualité des soins est croissante.

Les deux composantes, offre et demande, sont intimement liées. Ces dernières années les médias ont fait de la pénurie de médecins un de leur sujet de prédilection. Or en France, la baisse des effectifs médicaux n'a pas encore commencé, et le pays n'a jamais compté autant de médecins qu'actuellement (voir annexe 1) (5), se situant au-dessus de la moyenne des pays industrialisés (2).

Mais la demande croissante aboutit à un manque relatif de l'offre : les médecins en exercice ne suffisent plus à satisfaire toutes les attentes des patients. Et cette tendance va aller en s'accentuant, le nombre de recours par personne en 2025 pouvant augmenter de 10 à 20 % (4).

Différents leviers peuvent être actionnés par les pouvoirs publics afin de réguler l'offre et la demande.

2. La régulation de la demande

Elle est délicate, les malades ne pouvant pas facilement moduler par eux-mêmes leurs besoins de soins. Elle peut reposer sur des activités de promotion de la santé, ou sur des incitations financières visant à diminuer le remboursement des frais sanitaires.

Des actions sur l'offre de soins semblent plus appropriées pour réguler les dépenses sans restreindre l'accès aux soins.

3. La régulation de l'offre (6)

On peut tout d'abord agir sur la démographie médicale : faire varier le nombre d'entrants et de sortants du pool de médecins actifs, mais aussi réguler les migrations intra ou interterritoriales.

La régulation de l'entrée consiste dans de nombreux pays industrialisés en un *numerus clausus* (7). En France, ce dernier a été instauré en 1971, avec des variations régulières du nombre d'étudiants en médecine admis en deuxième année. La tendance a été à la restriction dans les premières années, afin de maîtriser la démographie médicale et contenir la progression des dépenses de santé. Les pouvoirs publics augmentent dorénavant régulièrement le *numerus clausus*, afin de prévenir la pénurie de médecins annoncée pour les prochaines années. Cette régulation n'est cependant pas optimale : elle ne peut répondre de manière rapide à une variation de l'offre, le délai de formation des médecins étant d'environ dix ans. Elle ne peut donc reposer que sur des projections, avec le degré d'incertitude qui en résulte.

On peut également valoriser les soins primaires et rendre plus attractive l'orientation vers la médecine générale : actuellement les étudiants ont tendance à choisir les autres spécialités médicales ou chirurgicales, jugées plus attractives. En favorisant une meilleure connaissance de la médecine générale par les étudiants (par exemple grâce aux stages de deuxième cycle chez le praticien), en pourvoyant des incitations financières, on peut augmenter l'attrait des futurs professionnels pour la médecine de premiers recours. En 2010, un quart des postes de médecine générale étaient pourvus dans la première moitié du classement des ECN (8), traduisant une amélioration de l'image de cette discipline chez les futurs praticiens.

L'entrée des médecins actifs peut également être régulée par l'intermédiaire de politiques d'immigration de praticiens étrangers. Ceci pose cependant un délicat problème d'équité internationale, les médecins étrangers quittant le plus souvent un pays pauvre avec une qualité de soins médiocres, vers un pays riche avec une meilleure qualité de soins, augmentant encore l'inégalité entre les deux pays.

Pour agir sur les médecins sortants, les régulateurs peuvent utiliser des incitations au départ à la retraite (exemple du Mécanisme d'Incitation à la Cessation d'Activité (9) instauré en France en 1988, supprimé en 2003), ou au contraire favoriser la poursuite d'activité, à l'aide de contreparties financières par exemple.

Outre la régulation du nombre de médecins en activité, il convient également de s'intéresser à leur répartition. Il existe une disparité importante en matière d'offre de soins sur un territoire national, certaines régions étant plus attractives que d'autres. Les pouvoirs publics peuvent moduler ces disparités : certains pays ont fait le choix d'obligations provisoires d'installation dans des zones à faible densité médicale, d'autres ont mis en place des incitations financières…

La démographie médicale n'est pas le seul moyen d'agir sur l'offre : les pratiques médicales peuvent également être modifiées.

Le suivi des profils d'activité permet pour chaque médecin de prendre connaissance *a posteriori* de ses pratiques et des différences par rapport à ses confrères exerçant dans les mêmes conditions que lui ; les référentiels de pratiques médicales concernent une pathologie, une technique ou un traitement donnés, et décrivent ce qu'il convient de faire ou non ; les progrès techniques et leur diffusion ainsi que la formation médicale continue sont des éléments majeurs de l'évolution de l'exercice. Ces différentes mesures ont pour but de conduire à une augmentation de la qualité des soins et une diminution des prescriptions inutiles (9).

Les cabinets de groupe semblent également augmenter l'efficience de l'offre de soins (10) : ils permettent de mieux intégrer les autres professionnels de santé à la pratique médicale, facilitent la mise en œuvre des outils d'amélioration des pratiques et réalisent des économies.

Enfin, le mode de rémunération des médecins intègre des incitations théoriques sur le comportement des praticiens et leur productivité : un médecin rémunéré à l'acte ne se comportera pas de la même manière et aura une efficience probablement différente de celle d'un confrère rémunéré à la capitation, à la performance ou par salariat. Nous y reviendrons.

L'offre et la demande de biens de santé sont potentiellement infinies : la population demandera toujours un volume de soins plus important à prix toujours plus élevés, auquel les médecins, espérant des revenus supérieurs, répondront toujours plus. Les intérêts des offreurs et des demandeurs de soins seraient donc similaires (11). Mais le marché sanitaire ne concerne pas seulement un producteur et un consommateur, il existe une troisième partie en relation avec les deux autres : le payeur.

La stabilité économique ne peut s'obtenir que si l'offre de soins (la production par les médecins), la demande (la consommation par les patients) et les dépenses (les moyens de financement) s'équilibrent. Chaque modification d'une des trois parties influe sur les deux autres (12).

4. Une difficile relation à trois : le trio médecin-patient-payeur

Dans la majorité des pays industrialisés, le coût associé à la maladie est partagé par l'ensemble de la communauté (13). Ceci permet les fonctions de socialisation du risque et de redistribution d'assurance, entraînant une équité et une solidarité dans la population. Le payeur peut ainsi être

représenté par la collectivité, les patients ou les assureurs, en proportions différentes selon les systèmes de santé.

Deux grands types de modèles coexistent (14), même s'ils sont de moins en moins séparés. Le système bévéridgien (issu du rapport de Lord Beveridge en 1942) est dit universel ; le droit à la santé et à l'assurance maladie y sont des attributs de la citoyenneté et sont sous la responsabilité de l'État ou des collectivités locales, les soins étant financés par l'impôt et quasi-gratuits. Le modèle de référence historique se trouve en Grande-Bretagne avec le *National Health Service*. Il s'oppose au système bismarckien (défini par le chancelier allemand von Bismarck en 1883), professionnel, dans lequel le droit à la santé et à l'assurance maladie sont des attributs du travailleur et de ses ayant-droits : le principe de solidarité s'exerce au sein des professions. Le financement de l'assurance maladie repose sur les cotisations sociales prélevées sur les salaires et versées par les entreprises, et la responsabilité y est sociale collective. Le modèle de référence est l'Allemagne.

Quel que soit le système en application, le trio médecin-patient-payeur a connu sa « lune de miel » de 1945 à la fin des années 80 : le patient et le médecin étaient face à un payeur aveugle qui réglait les factures sans contrôle effectif. L'équité et l'accès aux soins étaient favorisés par rapport à l'efficacité économique. Mais le ralentissement de la croissance à la fin des années 80, dont une des conséquences directes a été la diminution des recettes disponibles pour la protection sociale, et les progrès médicaux sur la même période, ont eu tendance à déséquilibrer l'ensemble : l'offre et la demande de soins ont continué d'augmenter, avec un financement ne pouvant plus suivre (7). Des restrictions dans l'utilisation du système de santé ont donc été mises en place : le payeur a commencé à acquérir du pouvoir face au producteur et au consommateur. Il vérifie désormais le rapport qualité/prix des prestations, modère l'accès aux soins du patient en échange d'un contrôle de ses cotisations et propose au médecin un encadrement de sa prescription et de son activité en échange d'avantages tels que fidélisation de sa patientèle ou participation aux investissements. Malgré cela, le déficit de l'Assurance Maladie reste important dans la quasi-totalité des pays industrialisés. En France, il atteint 8,6 milliards d'euros en 2011 (15).

.

Plusieurs explications peuvent rendre compte de cette défaillance de régulation du marché.

La présence d'un payeur à la place du patient peut aboutir à une augmentation de la demande (11) : du fait de l'assurance, sachant que ses problèmes de santé seront de toute façon pris en charge, le patient peut avoir tendance à réduire ses efforts de prévention et d'autoprotection. Il peut également surconsommer les biens médicaux sans justification médicale, puisque la contrainte économique de l'accès aux soins est effacée par la présence d'un payeur tiers, et ce d'autant plus que l'assureur n'est pas en mesure de porter un jugement sur l'utilité réelle des soins consommés. Ces phénomènes sont connus sous le terme d'aléa moral.

Une possibilité pour réguler cette demande injustifiée du fait de l'assurance est de modérer la consommation par augmentation de la responsabilité financière des patients, limitant ainsi les soins non nécessaires (10). On peut ainsi décider d'augmenter le ticket modérateur (pourcentage restant à charge du patient), d'utiliser des forfaits avec des prix de référence (cas des soins dentaires ou des lunettes par exemple), ou de limiter le panier de soins, c'est-à-dire la gamme des biens et services médicaux pris en charge par la collectivité.

Cette participation financière des patients risque cependant de poser des problèmes d'équité et d'inégalité d'accès aux soins, avec un risque de sous-consommation des plus atteints et des plus démunis. La solidarité entre les bien-portants et les malades s'en trouve ainsi dégradée. De plus, ce système renvoie l'assurance sur le secteur privé, avec un risque accru pour les malades sévères et les plus pauvres, qui disposent de moins d'assurances complémentaires.

Il faut également noter que dans notre pays existe le principe du paiement direct avec remboursement secondaire par l'assurance, constituant une limite financière à la surconsommation. Ce mécanisme quasi-exclusivement français sensé limiter la demande (16) est cependant peu efficace en pratique.

Une autre caractéristique du trio payeur-médecin-malade est l'asymétrie d'information : le médecin dispose du savoir par rapport au malade profane, mais également par rapport aux pouvoirs publics. Ces phénomènes conditionnent la théorie de l'agence (17) : le praticien est censé agir pour le compte du patient et du payeur, mais peut également moduler son comportement en fonction de ses propres préférences et intérêts.

L'argument selon lequel le secteur de la santé présente des caractéristiques spécifiques telles qu'elles justifient de le soustraire au raisonnement économique n'est aujourd'hui plus valable : de nombreux facteurs financiers sous-tendent les relations entre médecins, patients et payeur. La rémunération des omnipraticiens constitue une question importante dans ce domaine : elle a un impact sur l'attractivité des études de médecine et de la profession, mais aussi sur l'offre de soins et l'efficacité du système de santé ; d'autre part, elle influence les dépenses de l'Assurance Maladie. Nous nous attacherons dans les parties suivantes à décrire les différentes possibilités de rémunération des médecins, ainsi que les avantages et les inconvénients de chaque méthode. Nous nous intéresserons ensuite à la situation en France et dans différents pays européens.

B. Les différents modes de rémunération des médecins généralistes

1. Le paiement à l'acte

a) Définition : un mode de rémunération rétrospectif

Dans ce système, le médecin est rémunéré selon le nombre et le type d'actes produits pour le patient, avec un tarif spécifique correspondant à chaque service. Ce prix peut selon les cas être fixe ou variable.

Si les tarifs sont fixes, les médecins et le payeur s'entendent sur une gamme de services et les prix qui leur correspondent selon un barème, la grille d'honoraires, pour une période de temps donnée (le plus fréquemment une année). Dans le système des prix variables, il n'existe pas de cotation fixe des différents services, et les médecins facturent les actes selon leur propre barème (18).

Dans les deux cas, le praticien garde un enregistrement détaillé des actes effectués, qu'il envoie à intervalles réguliers au payeur.

Il s'agit donc d'un paiement rétrospectif : la rémunération du praticien se fait *a posteriori*, et est basée sur les actes effectivement réalisés. Il prédomine dans les systèmes de santé de tradition bismarckienne, où le risque maladie est couvert par l'assurance.

Dans certains pays, dont la France, le paiement à l'acte est considéré comme un des principes fondateurs de la médecine libérale : il est le garant de la relation personnelle de confiance entre le médecin et son patient caractérisant le colloque singulier ; il est ainsi dans notre pays étroitement lié à l'image du médecin de ville.

Ce mode de paiement largement répandu présente des avantages indéniables ; il souffre cependant d'inconvénients certains : ses détracteurs le décrivent ainsi comme une méthode de rétribution archaïque et inflationniste.

b) Avantages du paiement à l’acte

(1) Une productivité accrue

Le médecin étant rémunéré en fonction du nombre d’actes réalisés, il est incité à voir un maximum de patients, et à déployer des efforts importants pour les traiter et les satisfaire (19). Les médecins payés à l’acte présentent ainsi une durée hebdomadaire de travail plus longue, aboutissant à une quantité de prescriptions plus importante.

Contrairement à d’autres modes de rémunération, le médecin qui souhaite obtenir un niveau de revenu satisfaisant n’a aucun intérêt à lésiner : il est dans son intérêt de répondre au mieux à la demande de ses patients.

Il faut également noter que dans les régions avec une faible densité de médecins, le paiement à l’acte est le mode de rémunération qui compense le mieux la faiblesse de l’offre de soins. Il s’agit d’un élément à prendre en compte dans le contexte démographique médical actuel.

(2) Une bonne satisfaction des patients

En toutes circonstances le médecin a intérêt à délivrer des soins à son patient en cas de paiement à l’acte : cela permet l’assurance d’une continuité des soins et un accès à l’offre de soins simple et rapide.

Ce mode de rémunération aboutit à une équité entre les patients, le médecin n’ayant pas d’incitation particulière à refuser les malades avec un traitement lourd et coûteux. D’après une étude américaine (20), les malades présentant les pathologies les plus graves ont d’ailleurs tendance à choisir des systèmes avec paiement à l’acte : aux yeux des patients américains, les soins prodigués par les médecins payés à l’acte sont de meilleure qualité.

De plus, il est facile de choisir et de changer de praticien en cas de paiement à l’acte, notamment dans les systèmes ne comprenant pas d’ « abonnement » à un médecin généraliste spécifique.

(3) L’autonomie du médecin

Le paiement à l’acte permet une grande liberté d’exercice professionnel et une indépendance vis-à-vis de l’organisme payeur.

Le médecin est le seul garant de ses revenus : il peut moduler son activité en fonction de ses choix. Par exemple, si les tarifs des actes médicaux diminuent, il peut choisir d’augmenter son activité s’il entend conserver les mêmes revenus.

c) *Inconvénients du paiement à l'acte*

(1) Un système inflationniste : tendance à la surproduction et risque de demande induite

Le paiement à l'acte peut aboutir à la surproduction : les médecins ont des incitations financières à augmenter le volume de services et fournir un nombre élevé de prestations, parfois plus important que médicalement nécessaire. Le médecin étant le propre régulateur de son revenu, il dispose de plusieurs moyens pour augmenter ce dernier (21). Il peut revoir à la hausse le prix des actes, mais cette solution est limitée aux seuls cas de figure où le praticien dispose de son propre barème, les coûts des prestations étant définis de manière extrinsèque par la convention médicale dans le système des tarifs fixes. Il peut également augmenter le nombre d'actes, en majorant son temps de travail ou en diminuant la durée de chaque consultation.

La rétribution dépend du nombre de prestations, mais aussi de leur type ; le domaine médical étant en perpétuel progrès, de nouveaux actes sont codifiés en fonction des nouvelles technologies. Ces nouvelles prestations étant jugées de meilleure qualité et de coût plus important par rapport aux précédentes, les tarifs qui leur sont associés sont généralement plus élevés. Pour prendre en charge son patient, le praticien dispose de plusieurs possibilités de traitements (y compris ne rien faire). N'étant pas un agent parfait dans la relation qui le lie au malade, il peut être tenté de choisir le traitement le plus coûteux, qui lui assurera des revenus supérieurs.

Ce mode de rémunération, surtout s'il est associé à une augmentation de l'offre médicale et à un faible co-paiement de l'assuré, aboutit donc à une hausse des coûts de santé. On estime qu'un système de soins dans lequel prédomine le paiement à l'acte présente des dépenses 11 % plus importantes que celles d'autres systèmes (22).

La demande induite est un autre inconvénient rencontré dans ce type de paiement : il s'agit de la différence entre la quantité de soins délivrée par le médecin et celle qui aurait été choisie par le patient s'il avait été correctement informé sur sa maladie et son traitement (23). Ce concept est connu depuis plusieurs décennies puisque la première publication qui y fait référence date de 1974 (24) : Evans démontre que le médecin fournit plus de prestations au malade que ce dernier n'aurait demandé s'il disposait de la même information que lui.

La demande induite provient de l'asymétrie d'information entre le médecin et son patient : le praticien disposant du savoir médical, il est en mesure d'influer sur la demande de soins de son patient. Ce dernier confie en effet sa santé à l'expert qu'est son médecin, sans avoir la possibilité de juger du bien-fondé des décisions prises : ce rapport particulier caractérise la relation d'agence. Étant à la fois prescripteur et producteur de soins, le médecin peut augmenter artificiellement la demande pour son propre bénéfice, traduisant une certaine inefficacité dans la relation d'agence. Il utilise alors son

pouvoir discrétionnaire : le patient ne se rend pas compte que sa propre demande provient de l'influence du médecin. Ce phénomène est retrouvé dans *Knock* de Jules Romains : désireux de faire fortune, le docteur Knock spécule sur la peur de la maladie dans la population et influence le besoin de se soigner, argumentant que *« les gens bien-portants sont des malades qui s'ignorent »* (25).

Plusieurs facteurs peuvent aboutir à une augmentation de la demande induite (26) : une incertitude sur le traitement le plus approprié, une charge de travail faible des médecins, une densité médicale forte augmentant le phénomène de concurrence, ou encore une baisse du tarif des actes. Le paiement par un tiers renforce ce phénomène, la solvabilisation des patients par l'Assurance Maladie les rendant peu sensibles aux prix et aux volumes de soins consommés.

La réalité de la demande induite reste à l'heure actuelle un sujet de débat (27), cependant plusieurs études retrouvent des éléments objectifs d'induction (28) : entre autres exemples, la prévalence de certains soins est plus basse chez les patients les mieux informés, à savoir les médecins et leur famille, que dans la population générale (29) ; lorsque les prix des prestations diminuent, les médecins compensent la perte de revenus en augmentant le volume des actes (30).

Certains facteurs limitent la demande induite, telles que les motivations intrinsèques du médecin représentées par son éthique professionnelle et son envie d'agir dans l'intérêt du patient. Elle est également limitée par la menace de recherche d'une deuxième opinion ou par la possibilité pour le patient de changer de médecin.

En réalité les médecins restent sensibles aux incitations financières, et ne sont donc ni totalement intéressés, ni totalement altruistes.

Le paiement à l'acte peut ainsi être considéré par certains comme un *« système inflationniste où celui qui paye* [l'Assurance Maladie, NDA] *n'a pas de prise sur celui qui ajuste son revenu par l'offre* [le médecin, NDA], *le solde se faisant sur le dos du malade par l'augmentation des cotisations ou la baisse des remboursements »* (31).

(2) Peu d'incitation à la prévention et au dépistage

Les médecins rétribués par paiement à l'acte sont peu motivés à promouvoir la prévention, car seuls les actes réalisés pour les soins sont rémunérés : il n'existe pas de cotation pour les actes de prévention, qui sont par nature plus diffus et moins mesurables. Ce système est donc plus facilement orienté vers les soins curatifs ; si on caricature la situation, on pourrait presque affirmer que le médecin a tout intérêt à ce que son patient soit et reste malade…

La philosophie de la médecine moderne est de *« faire plutôt que ne pas faire »* (14). Cette incitation se trouve encouragée dans la rémunération à l'acte.

(3) Des coûts élevés (19)

Le médecin doit envoyer régulièrement la liste des actes pratiqués au payeur, qui doit alors les analyser afin d'établir les revenus du praticien. Les coûts administratifs sont ainsi élevés, que ce soit pour le médecin ou pour le payeur.

Comme nous l'avons vu, le médecin est amené à multiplier le nombre d'actes pour maximiser ses revenus. Il n'a donc aucune incitation à l'économie, d'où un coût élevé pour la collectivité. D'autre part, le caractère rétrospectif n'aboutit à la connaissance du coût global qu'*a posteriori*, entraînant une difficile gestion d'un budget pour les pouvoirs publics.

Différents moyens de contrôle ont été mis en place afin de réduire les coûts de santé associés au paiement à l'acte (32). Certains pays ont décidé de diminuer le tarif national des prestations en cas de dépassement par les médecins du pays d'une enveloppe préétablie. Mais ce mécanisme est peu efficace : cette régulation étant collective, on peut craindre que chaque médecin ait tendance à augmenter ses actes de manière anticipée afin de se prémunir d'une éventuelle baisse de ses revenus, aboutissant à un effet contraire à celui escompté. Ajouter à cette régulation collective un plafonnement individuel d'honoraires peut être un moyen de pallier en partie à ce phénomène. Enfin, des droits de tirage, régulant le volume de soins par patient sur une période donnée, peuvent être utilisés. L'Allemagne a expérimenté plusieurs de ces solutions, avec des résultats plus ou moins convaincants (voir chapitre I.D.1).

(4) Aucune incitation à la délégation des tâches

Puisque seuls les actes effectués par le médecin lui-même lui sont rétribués, celui-ci est peu enclin à déléguer certaines tâches. La coordination entre médecins et soignants peut ainsi être dégradée.

Il a également peu d'intérêt à référer son patient à un spécialiste ou à l'hôpital, préférant parfois le prendre en charge lui-même (33). Or ceci peut poser un problème de qualité des soins, le médecin spécialiste étant parfois plus compétent pour prendre en charge certaines pathologies. De plus, même si la médecine spécialisée est plus onéreuse que la médecine de premiers recours, elle peut être plus coût-efficace : une prise en charge adaptée permet de ralentir l'évolution de la maladie et ainsi minimiser le coût des soins ultérieurs.

2. La capitation

a) *Définition : un système de paiement forfaitaire prospectif*

La capitation correspond au versement d'une somme fixe au médecin pour assurer la prise en charge d'un patient sur une période donnée, le plus souvent une année, pour tous les soins de médecine générale dont il aura besoin, sans aucun autre remboursement marginal. Cette rémunération forfaitaire se fait donc par patient, ou *per capita* (littéralement « par tête »).

Il s'agit d'un paiement prospectif : la rétribution du médecin dépend du nombre de patients inscrits auprès de lui, mais en aucun cas de leur consommation de soins de santé. On la trouve essentiellement dans les pays présentant un système de type bévéridgien, universaliste.

Le besoin de soins au sein de la population étant très variable, le forfait par patient est le plus souvent corrigé pour l'état de santé, c'est-à-dire ajusté aux risques du patient. Les facteurs les plus fréquemment pris en charge sont l'âge, le sexe, et l'existence d'une pathologie chronique, mais d'autres items tels le statut marital, les conditions socio-économiques, les taux de mortalité et de morbidité, le pourcentage d'individus toxicomanes ou des indices épidémiologiques peuvent également être pris en compte (18).

Certains systèmes font également varier le forfait selon le lieu d'exercice du médecin, avec majoration en cas de travail dans des zones défavorisées par exemple.

Il s'agit probablement d'un des plus vieux modèles de rémunération des médecins, puisqu'on en trouve déjà des références en Perse antique.

En Occident la capitation fait partie de l'histoire de la création des HMO aux États-Unis : En 1930, un médecin propose à l'administration d'un chantier de prendre en charge tous les problèmes de médecine générale de ses ouvriers, en échange d'une somme fixe par ouvrier et par semaine (34). Ainsi naissait la *Kaiser Permanente*, une des plus grosses HMO à but non lucratif du pays.

On retrouve ainsi tous les éléments nécessaires à la constitution d'un paiement par capitation (34), c'est-à-dire une entité organisationnelle (l'administration du chantier et le médecin), avec une clientèle définie (les ouvriers du chantier), un ensemble plus ou moins large de services prédéfinis (ici tous les soins de médecine générale requis par les ouvriers), un paiement prospectif fixe convenu par patient, et un montant du forfait ajusté aux risques (variation de la rémunération par ouvrier selon les besoins sanitaires).

La capitation a longtemps été décriée par les médecins dans nombre de systèmes de santé, qui voyaient en elles plus d'inconvénients que d'avantages. Les récents changements de mentalité dans le domaine médical ont conduit à une certaine acceptabilité et à un intérêt pour ce type de rémunération.

b) Avantages de la capitation

(1) Une incitation à la prévention

Revenons sur le cas de la création de la *Kaiser Permanente*. L'histoire raconte que le médecin, confronté à la répétition du même type d'accidents au même endroit du chantier, s'est rendu sur place marteau en main pour voir s'il pouvait remédier à la cause des accidents (34).

Cette anecdote nous montre bien un des effets positifs de la capitation : voir les patients est coûteux en temps et en efforts pour le praticien, mais n'aboutit à aucune rémunération supplémentaire et diminue même le temps disponible pour ses loisirs. Il est donc incité à avoir une pratique efficace et à garder son patient en bonne santé, notamment en favorisant la prévention et l'éducation à la santé. Il faut noter que cet effet positif est essentiellement valable si la durée du contrat est assez longue : en cas de changement trop fréquent de médecin, le suivi global et la continuité des soins nécessaires à une prévention efficace ne sauraient être mis en œuvre.

(2) La maîtrise budgétaire

Dans un système de rémunération par capitation, le payeur peut prévoir son budget de manière prospective, et ainsi mieux maîtriser les dépenses de santé. En effet, il détermine la rémunération annuelle selon le nombre de patients présents sur la liste de chaque médecin. Il procède de la même sorte pour tous les praticiens de la zone concernée, et on obtient ainsi un budget global qui ne sera pas dépassé par la suite.

Il existe des avantages pour le médecin : même s'il ne peut moduler son revenu par lui-même en cours d'année, ce système lui permet de connaître ses revenus dès le début de la période, sans « mauvaise surprise » par la suite. Il est également plus responsabilisé sur le coût de ses actes et de ses prestations.

Des études estiment ainsi qu'un système de rémunération à la capitation permet une réduction des coûts de 20 % par rapport au paiement à l'acte (35).

c) Inconvénients de la capitation

(1) La sélection des patients

Il s'agit du risque majeur en cas de paiement à la capitation. Le médecin peut être tenté de sélectionner les patients selon les risques de pathologies qu'ils présentent, préférant inscrire sur sa liste des patients jeunes et sains. En effet, ces derniers seront peu amenés à le consulter sur la période du contrat, et lui apporteront ainsi une rémunération optimale (meilleur rapport efforts/bénéfices). Ce phénomène est connu sous le nom d'écrémage, ou *cream-skimming* chez les anglo-saxons. Il est majoré si le montant du *per capita* ne correspond pas bien au risque épidémiologique : si tous les patients attribuent le même forfait au médecin, ce dernier n'a aucun intérêt à prendre en charge des patients lourds. On peut aboutir alors à des problèmes d'accès équitable aux soins, les patients les plus malades ayant du mal à trouver un praticien les acceptant sur sa liste alors que les patients les plus sains, qui nécessiteront en toute logique moins de soins, n'auront aucun souci pour s'inscrire auprès d'un médecin. Les pouvoirs publics peuvent mettre en place des obligations réglementaires de prise en charge des patients (36) pour contrer ce phénomène. Les médecins peuvent néanmoins y répondre en choisissant des lieux d'exercice ou une offre de soins qui les amèneront à prendre en charge des patients en meilleure santé (par exemple banlieue huppée contre zone défavorisée, ou éléments de chirurgie esthétique contre traitements de substitution à l'héroïne).

C'est pour cette raison qu'a été mise en place dans la plupart des systèmes de capitation une stratification des forfaits, c'est-à-dire un ajustement aux risques : un patient jeune de 20 ans sain et sans antécédent particulier procure un forfait inférieur à celui d'un patient de 80 ans, présentant des maladies chroniques. On part ainsi du principe que ce deuxième patient sera amené à rencontrer son médecin plus fréquemment et ainsi à lui demander des efforts plus réguliers et/ou plus intenses, d'où une rémunération plus importante.

Certains critères sont cependant difficilement utilisables : on a tenté d'ajuster les risques selon les soins antérieurs, partant du principe que les patients qui ont eu le plus besoin de soins dans le passé sont probablement ceux qui en nécessiteront également le plus dans le futur. Ce critère expose néanmoins au risque que les médecins majorent les soins de leurs patients pour pouvoir toucher un forfait plus important par la suite. C'est pourquoi la majorité des pays utilisant la capitation se contentent de critères simples et non modifiables pour ajuster les forfaits : âge, sexe, maladie chronique, grossesse. Les médecins restent cependant exposés au risque d'avoir une patientèle en mauvaise santé nécessitant des efforts importants, sans ajustement adéquat de leur rémunération (32).

(2) Le recours abusif aux spécialistes (37, 38)

En cas de rémunération par capitation, les médecins généralistes n'ont aucune incitation financière à traiter les patients eux-mêmes. La solution de facilité peut être de déléguer les soins de manière excessive, pour des patients ou des pathologies que le praticien aurait pu prendre en charge seul, mais qu'il juge trop lourds ou demandant des efforts trop importants.

Il semble également que les médecins rétribués à la capitation aient plus facilement tendance à hospitaliser leurs patients (33).

(3) Des risques de sous-dispensation de soins et de moindre qualité

Les médecins ne sont pas incités à augmenter leur charge de travail dans un système de rémunération à la capitation, et manquent parfois de motivation. Certains peuvent ainsi minimiser la gravité des pathologies dont sont atteints leurs patients, majorer l'efficacité réelle d'un traitement ou au contraire ne pas dévoiler toutes les thérapeutiques possibles (39), ceci afin de restreindre leurs efforts dans la prise en charge du patient.

Il existe donc un risque de sous-qualité, notamment une difficulté d'accès aux ressources immatérielles telles que le temps consacré au patient, la capacité et la volonté de l'écouter (40).

d) Un système complet de capitation : l'enveloppe budgétaire globale

Il s'agit d'un type particulier de capitation dans lequel le forfait attribué pour le médecin pour une période de temps donnée inclut non seulement les soins réalisés par le praticien, mais aussi les soins prescrits, c'est-à-dire les médicaments, les consultations chez le spécialiste et les hospitalisations (41). Le médecin est donc le gérant d'un budget global qui doit inclure toutes les dépenses relatives au patient.

Ce système correspond à une capitation responsabilisée, il accroît l'intérêt du médecin pour la santé de son patient et s'adresse tout particulièrement aux groupes de médecins.

Il présente des améliorations par rapport au système de capitation « simple » : le médecin est amené à mieux utiliser les ressources médicales ; il doit choisir les types de soins selon leurs avantages et leurs inconvénients, mais aussi en fonction de leur coût. Il diminue l'adressage abusif : le médecin étant également responsable des coûts qu'il induit, il se doit d'utiliser les recours aux spécialistes à bon escient (36).

Quelques inconvénients sont cependant à signaler : le risque financier repose davantage sur les épaules du médecin, qui devient plus gestionnaire que soignant. Si la santé des patients dont il a la charge décroît, pour des raisons fortuites ou à cause de facteurs extérieurs, les dépenses engagées risquent d'être supérieures au budget alloué.

Il fait ainsi courir un risque encore plus important de sélection des malades, les médecins préférant d'autant plus « recruter » des patients en bonne santé qu'ils seront responsables de toutes les dépenses relatives à ces derniers.

3. Le salariat

a) Définition : un système de paiement prospectif à la fonction

Dans ce mode de rémunération, le médecin reçoit un salaire, c'est-à-dire une rétribution par période de temps, le plus souvent mensuelle, en échange d'un nombre préétabli d'heures de travail. Ce montant est fixe et se trouve ainsi totalement déconnecté de l'activité accomplie : il ne varie pas selon le nombre d'actes réalisés ou de patients pris en charge.

S'il s'agit du type de rémunération prépondérant pour les médecins hospitaliers du secteur public dans les pays industrialisés, il est peu retrouvé en médecine ambulatoire. On le rencontre essentiellement pour certains collaborateurs de cabinets de groupe, ou pour les médecins travaillant sous des régimes spéciaux d'assurance maladie (cas des médecins SNCF en France par exemple) (42).

Comme pour les autres salariés de la population active, le montant de la rémunération varie selon certains facteurs. Il est majoré par les qualifications : un médecin ayant des diplômes particuliers recevra un salaire plus important qu'un autre ne possédant pas ses compétences. Il augmente également avec l'ancienneté : plus un médecin est expérimenté, plus ses revenus sont importants. Enfin, dans les pays qui ont fait le choix de ce type de rémunération, les revenus des médecins sont souvent ajustés à ceux d'autres personnels travaillant pour le gouvernement.

On retrouve actuellement le salariat surtout pour les médecins généralistes de l'ancien bloc communiste d'Europe centrale et de l'Est (18), qui sont sous la responsabilité de l'État, ainsi que dans quelques pays nordiques.

b) Avantages du salariat

(1) Un système simple

Le payeur attribue un salaire au médecin pour un nombre d'heures donné. Il n'y a pas d'actes à transmettre ou à analyser, pas de listes de patients à définir ou à gérer. Le salariat représente ainsi le mode de rémunération le plus simple à mettre en œuvre, conduisant au coût administratif le plus faible. De plus, son caractère prévisible permet aux pouvoirs publics de gérer facilement un budget global, le coût du système étant connu de manière prospective.

(2) Aucun risque de surproduction

Le médecin n'est pas rémunéré en fonction de son activité, il n'a donc aucun intérêt à majorer le nombre ou le type d'actes produits, pas plus qu'à tenter d'augmenter la liste de patients qui viennent le consulter. Le salariat, rémunération neutre et passive, permet ainsi de diminuer les soins ou les prises en charge non nécessaires.

(3) Une bonne satisfaction des médecins

Dans ce type de rémunération, le médecin a un revenu garanti : son salaire est fixe indépendamment de son activité. Ses horaires sont stables, et il est libéré de nombreuses contraintes administratives qui lui incombent dans d'autres systèmes de paiement (43). Cela lui garantit une meilleure gestion du temps, et la possibilité de vaquer à d'autres activités, telles que la formation (comme la semaine médicale de Lorraine, essentiellement fréquentée par des médecins salariés), l'enseignement ou la recherche, intégrés dans son temps de travail.

De plus le médecin bénéficie comme l'ensemble des salariés du code de travail, lui octroyant des avantages tels les congés payés ou le chômage en cas de licenciement.

Une étude anglaise (44) a ainsi démontré que les médecins rétribués par salariat sont plus satisfaits que d'autres praticiens rémunérés par d'autres méthodes, notamment en ce qui concerne leur temps de travail, leur rémunération, le stress, ou la reconnaissance de leur activité.

c) Inconvénients du salariat

(1) Un accès aux soins parfois difficile

Les médecins salariés ont une capacité d'accueil des patients limitée par le temps. En effet, puisqu'ils travaillent un nombre d'heures définies, ils ne sont pas toujours en mesure de recevoir tous les

patients qui souhaiteraient les voir. Ils ont de plus une durée de consultation moyenne plus longue que dans d'autres méthodes de paiement.

Ces phénomènes aboutissent à un faible nombre de consultations par praticien et par unité de temps (26), et à une moindre activité globale des médecins généralistes. La productivité de l'offre de soins se trouve ainsi amoindrie (45), de même que la satisfaction des patients.

(2) Des problèmes de motivation

Les médecins salariés savent qu'ils seront payés de la même manière quelle que soit leur activité. Ils n'ont donc aucune motivation à l'effort, et peuvent se contenter du minimum requis pour garder leur emploi. Ceci aboutit parfois à des manques d'attention vis-à-vis des patients, ainsi qu'à des envois vers l'hôpital ou le spécialiste qui n'auraient pas lieu d'être, le médecin préférant déléguer plutôt que de prendre en charge un patient qui lui demanderait un effort important (46). Ce phénomène est commun à l'ensemble des paiements prospectifs : on le retrouve également dans la rémunération par capitation (voir chapitre I.B.2.c.2).

Il n'y a donc rien qui incite le praticien à fournir la qualité et la quantité de soins nécessaires à son patient, à part son éthique professionnelle.

Pour contrer ces problèmes, les administrateurs du système peuvent mettre en place différentes mesures (18), comme des systèmes de contrôle de la qualité, des avantages non financiers, une promotion pour les médecins les plus efficaces, ou encore un contrôle par la hiérarchie de la disponibilité des médecins.

4. Le paiement à la performance

a) Définition : des incitations financières variant avec la qualité des pratiques

« Je trouve que c'est [la médecine, NDA] *le meilleur métier de tous ; car, soit qu'on fasse bien ou soit qu'on fasse mal, on est toujours payé de la même sorte »* (47). Cette phrase prononcée par Sganarelle dans *Le médecin malgré lui* résume bien ce dont ont bénéficié pendant longtemps les médecins : une rémunération déconnectée des résultats sanitaires et de la qualité de leur pratique.

C'est pour cette raison qu'a été instaurée depuis quelques années une rémunération particulière faisant le lien entre l'activité médicale et la qualité des pratiques : le paiement à la performance. Son

caractère novateur suscite beaucoup d'intérêt et une littérature abondante (48). Il ne s'agit pas réellement d'une alternative aux grands modes de paiement que nous venons de voir, ce type de rémunération ne pouvant à lui seul assurer en totalité les revenus des praticiens. Il faut plutôt le considérer comme un système en parallèle d'une des méthodes majeures, visant à modifier les pratiques grâce à des incitations financières supplémentaires.

Dans ce mode de paiement, une partie de la rémunération du médecin dépend de ses performances, sanitaires ou financières (49). En ce qui concerne les facteurs sanitaires, on sera amené à mesurer le résultat final, par exemple la morbi-mortalité, ou des résultats intermédiaires, tels des taux de vaccination ou de dépistage. La performance financière est plus discutable d'un point de vue éthique : la qualité de la pratique est jugée selon la maîtrise des coûts ; or la médecine n'est pas une activité prévisible, il peut y exister des variations importantes dans le temps et l'espace. Il est donc délicat d'y instaurer des objectifs financiers, certains considérant qu'on « achète » les médecins afin de minimiser les coûts de santé.

La rémunération à la performance consiste ainsi en un intéressement pécuniaire instauré pour encourager le suivi selon les recommandations, concernant des pathologies dont on sait que la médecine générale joue un rôle déterminant (50). Ses objectifs annoncés (51) sont d'améliorer la qualité de la prise en charge, réduire la variabilité des pratiques entre les praticiens et entre les régions, et éventuellement informer les patients, les résultats pouvant être rendus publics.

Cette démarche s'inscrit dans la durée, la modification des pratiques ne pouvant se faire du jour au lendemain. De plus il est prévu, dans les systèmes utilisant ce mode de paiement, une révision régulière des objectifs sanitaires afin d'obtenir une amélioration continue de l'activité des médecins généralistes.

Cette rétribution concerne surtout les maladies chroniques ou la prévention, étant plus difficile à mettre en place dans les prises en charge aiguës ou les motifs de consultation banaux comme les rhumes ou les syndromes grippaux…

Le recueil des résultats est réalisé grâce à des indicateurs regroupés en grands thèmes. Ces derniers peuvent concerner la qualité des soins, notamment avec le suivi des pathologies chroniques (HTA, diabète…) ou la prévention et santé publique (vaccination antigrippale, dépistage cancéreux…), la satisfaction des patients, ou encore l'organisation du cabinet (informatisation…).

Pour que ces indicateurs soient légitimes, différents critères doivent être rassemblés : une garantie scientifique fondée sur des preuves, faire consensus chez les médecins, concerner des résultats qu'on peut imputer à l'activité des médecins généralistes. Pour permettre un meilleur accueil des

praticiens, il est conseillé que des médecins en exercice fassent partie du groupe qui définit ces indicateurs : ceci ne pourra que favoriser l'adhésion de l'ensemble de la profession.

Les indicateurs mesurent (50) l'organisation du cabinet (tenue du dossier médical, logiciel d'aide à la prescription, télétransmission informatique des feuilles de soins…), les procédures (par exemple fréquence du dosage de l'Hémoglobine glyquée chez les diabétiques…), ou les résultats (moyenne du taux d'Hémoglobine glyquée chez les patients diabétiques…). Ces mesures sont ensuite transformées en points, chaque point correspondant à une somme donnée et prédéfinie.

Pour avoir un impact, la rémunération liée à la performance doit représenter au moins 10 % des revenus totaux du praticien (50), sans quoi la motivation pour atteindre les objectifs ne serait pas suffisante. Cette rémunération est effective avec l'atteinte de certains niveaux cibles (par exemple 90 % des patients diabétiques présentant une hémoglobine glyquée inférieure à 8 %), ou selon les progrès réalisés (par exemple baisse de 1 % de l'hémoglobine glyquée en moyenne chez les patients diabétiques) ; certains ont émis l'hypothèse d'une rémunération au tournoi, c'est-à-dire une concurrence dans laquelle seuls les meilleurs praticiens toucheraient la rétribution, mais ceci risque d'aboutir à des phénomènes de démotivation et d'abandon d'objectifs chez certains.

Le paiement à la performance n'en est encore qu'à ses débuts. Le premier pays à l'avoir mis en place à grande échelle en Europe est le Royaume-Uni en 2004 avec le *Quality and Outcomes Framework* (voir chapitre I.D.2.c.3). Les États-Unis l'utilisent pour certains programmes de *Medicare*.

Le recul est donc encore insuffisant, on peut cependant déjà mettre en avant certains avantages mais aussi des inconvénients inhérents à ce mode de rémunération.

b) Avantages du paiement à la performance

(1) Un effet bénéfique attendu sur la qualité des soins

Le paiement à la performance permettrait une amélioration de la qualité des soins, grâce au surplus d'intérêt pour la santé des patients qu'il suscite de la part des médecins. Les objectifs étant fixés, les médecins seraient tenus de faire des efforts pour améliorer la santé de leurs patients. Il en résulterait un meilleur accompagnement du malade, des résultats majorés en termes de prévention et de suivi des maladies chroniques (52).

Néanmoins, les études effectuées (53, 54) rapportent un impact positif mais modeste, une amélioration de la qualité des pratiques étant déjà en cours précédemment à l'introduction de la rémunération à la performance. Cette dernière aurait cependant permis d'accélérer la tendance pour

certaines maladies. De plus, le manque d'études disponibles (55) majore la difficulté de corréler amélioration de la qualité des soins et paiement à la performance.

(2) Une réduction des inégalités

Le paiement à la performance permet une certaine uniformisation des prises en charge, puisqu'il incite les médecins à traiter leurs patients selon les recommandations de bonne pratique.

Ceci peut aboutir à une réduction des inégalités de santé entre des régions de niveaux socio-économiques différents (51).

c) Inconvénients du paiement à la performance

(1) Des risques de sélection

L'éviction, ou *crowding out* chez les anglo-saxons, est le report de l'activité sur des domaines côtés par l'incitation au détriment d'autres non concernés (56). Le médecin peut en effet être tenté de majorer ses efforts sur les activités qui seront analysées pour établir sa rémunération selon ses performances, et laisser de côté, ou en tout cas moins s'investir, dans d'autres domaines qui ne seront pas pris en compte.

Il existe également un risque de ne prendre en charge que les malades qui feront tenir leurs objectifs aux praticiens, et de refuser ceux qui risqueraient de diminuer la qualité de la pratique, tels que les patients peu observants ou refusant les soins, ou ceux en stade terminal... L'*exception reporting* permet de diminuer ce phénomène : il s'agit d'une non-déclaration des cas jugés inadéquats à la mesure (57). Les médecins ont ainsi la possibilité d'exclure certains patients du recueil de données. Néanmoins, ce mécanisme est laissé à la discrétion du praticien ; ce dernier pourrait ainsi l'utiliser pour exclure certains patients qui grèveraient ses performances (58).

(2) Une modification de la relation médecin/patient

Payer un supplément aux médecins pour améliorer la santé de leurs patients fait débat : cela signifierait-il que leurs motivations intrinsèques et leur éthique ne suffisent pas à prendre correctement en charge les malades (59) ? Doit-on au même titre rémunérer les pompiers s'ils ont réussi à éteindre un feu, ou inciter les policiers à arrêter les criminels grâce à des primes ?

De plus, la création d'objectifs n'incite pas les médecins à fournir un effort supplémentaire à partir du moment où ils savent qu'ils ont atteint le but fixé (12). Ils pourraient alors avoir tendance à « lever le pied ».

Ces phénomènes risquent de détériorer la relation de confiance qui existe entre les patients et leur médecin.

(3) Une nécessaire structure logistique

Les résultats devant être acheminés au payeur, ce système oblige à une nécessaire organisation. Le moyen le plus efficace est d'utiliser l'informatique. Or, de nombreux médecins ne disposent pas du matériel adéquat… Cela signifie que dans l'initiation d'un projet de paiement à la performance, le payeur doit dans un premier temps mettre aux normes le matériel de l'ensemble des médecins concernés, d'où un coût important.

Il est également essentiel de procéder à des contrôles réguliers, certains résultats (comme la tension artérielle par exemple) n'étant déterminés que par déclaration du médecin. Une surveillance des résultats par le service médical de l'Assurance Maladie doit donc être instaurée pour éviter tout risque de fraude.

5. Les systèmes mixtes : à la recherche du paiement « optimal »

Nous venons de voir les effets théoriques attendus des trois principaux modes de rémunération des médecins, le paiement à l'acte, la capitation et le salariat, auxquels s'ajoute depuis peu le paiement à la performance.

Or la très grosse majorité des pays industrialisés utilise dorénavant des systèmes de paiement mixtes pour rétribuer ses médecins. On parle de système mixte à partir du moment où on utilise plus d'une méthode de paiement. En effet, chacun des systèmes « purs » présente des avantages et des inconvénients, les atouts de l'un représentant les défauts d'un autre, et inversement (36). Afin de minimiser les inconvénients, sans toutefois être capable de les supprimer totalement, et de mettre en commun les avantages, il a été envisagé de combiner plusieurs modes de rémunération (18). Ceci permet un équilibre entre les incitations propres, notamment entre celles des modèles prospectifs et rétrospectifs. L'OMS et l'OCDE recommandent d'ailleurs ces systèmes mixtes (21).

Chaque mode de paiement peut éventuellement être associé à n'importe quel autre, aucune « équation » n'ayant fait la preuve de sa supériorité par rapport aux autres ; on retrouve cependant peu de pays ayant choisi d'utiliser un mode mixte intégrant à la fois capitation et salariat, ces deux méthodes présentant des incitations plutôt convergentes. Seuls l'Espagne (voir chapitre I.D.6), La Suède (voir chapitre I.D.5.c) et Israël utilisent une association de ces deux systèmes (18).

Les modèles théoriques de paiement mixte les plus fréquents intègrent une partie fixe prospective, par capitation ou salariat, permettant une certaine sécurité de revenus pour les médecins, et favorisant la modération des coûts. S'y ajoute une part variable, par paiement à l'acte et/ou rémunération à la performance, permettant d'encourager certaines activités sur lesquelles on souhaite mettre en place des pratiques plus intensives (60).

D'un point de vue théorique, un système qui mêlerait paiement à l'acte et capitation permettrait, par son premier volet, d'augmenter la productivité, et par sa deuxième partie, de majorer la pertinence et la globalité des soins, aboutissant à une amélioration à la fois quantitative et qualitative (61).

On a tenté de vérifier cette théorie grâce à une étude portant sur les médecins généralistes de Copenhague, qui sont passés en 1987 d'un système pur de capitation à un mode de rémunération mixte associant capitation et paiement à l'acte (62). Les auteurs observent suite à ce changement une augmentation du volume des soins, ainsi qu'une diminution du référencement vers les spécialistes.

Nous allons voir, dans les prochains chapitres, l'évolution des modes de rémunération en France et l'état actuel dans certains autres pays européens.

C. La situation en France

1. Historique de la rémunération des médecins : la montée en puissance du paiement à l'acte

L'histoire des honoraires médicaux débute pratiquement avec celle de la médecine, le soignant devant par son activité assurer de quoi gagner sa vie. On a ainsi retrouvé à Babylone, dans le code d'Hammourabi, les débuts d'un tarif médical 2000 ans avant Jésus Christ (63).

En France, au Moyen Âge, le « pacte médical » est d'usage (63). Il s'agit d'une convention verbale ou écrite, qui invite le patient à régler d'avance les soins dont il va bénéficier. La somme due dépend de la situation de fortune des malades. C'est le seul moyen pour le médecin de s'assurer que son travail sera rémunéré.

Aux XVIème et XVIIème siècles, la profession de médecin n'est pas reconnue comme aujourd'hui : c'est l'époque des grandes épidémies de peste et de variole contre lesquelles les pratiques médicales sont

peu efficaces. Les connaissances scientifiques sont peu développées, et l'arsenal du praticien se limite bien souvent à l'examen des humeurs et des urines, avec comme thérapeutiques principales les saignées ou les purgations. La population préfère dans la plupart des cas s'en remettre aux prières afin de soigner des maux qui sont perçus comme des châtiments divins.

La profession commence néanmoins à s'organiser : l'édit royal de Marly du 18 mars 1707, signé par Louis XIV, définit les modalités de formation des médecins à l'intérieur de facultés sur l'ensemble du territoire national.

Être médecin à cette époque est peu rentable (64) : les honoraires sont peu élevés et varient avec le contexte économique général et local. Les paiements se font en nature ou en argent, ou de manière non exceptionnelle, ne se font pas du tout. Les fréquentes périodes de famine et de guerre sont difficiles à vivre pour les médecins, puisqu'elles sont responsables d'une diminution de revenus qui sont habituellement déjà médiocres.

On ne rencontre que très peu de médecins dans les campagnes (64), mais des charlatans, rebouteux et autres guérisseurs, profitant de la crédulité et l'ignorance de la population pour exercer leur « art » sans remise en question ; en ville les médecins ont leur propre clientèle, mais sont fréquemment au service d'une ville, d'une institution ou d'un Hôtel-Dieu local (64). Ceci leur permet de prétendre à un revenu fixe, certes modeste, mais qui représente une forme primaire de salariat. De plus, les résultats obtenus par le praticien dans la structure peuvent jouer un rôle sur sa réputation et ainsi avoir des répercussions sur sa clientèle urbaine. On note déjà à l'époque des visites à domicile, dont le tarif est différent d'une simple consultation, avec l'image d'Épinal représentant le médecin parcourant les rues à dos de mule à la rencontre de ses patients.

Certains soignants sont mieux lotis que d'autres, comme les médecins de roi (64). On y retrouve l'archiatre, ou premier médecin, qui suit le souverain dans ses déplacements ; il est présent à son réveil, à ses repas, et il supervise l'ensemble des personnels de santé au service de sa Majesté. Il est secondé par le médecin ordinaire du roi, et par huit autres praticiens établissant un roulement afin que le monarque ait toujours un médecin à disponibilité en cas de besoin. Tous ces soignants sont considérés comme des privilégiés et reçoivent une somme d'argent confortable pour leur fonction.

La situation va commencer à évoluer au XIXème siècle : la révolution française de 1789 remet en cause toute la société. Après une courte période d'anarchie pendant laquelle n'importe qui peut se proclamer médecin, la loi du 19 Ventôse an XI (10 mars 1803) reconnaît le monopole d'exercice aux seuls docteurs en médecine et officiers de santé (65).

Les officiers de santé ont pour rôle principal d'assurer la médicalisation des campagnes. Ils sont tenus de s'installer dans le département où ils ont obtenu leur diplôme et ont un exercice de la médecine plus limité que celui des docteurs. Ils représentent initialement 40 % de l'ensemble des

médecins (64) ; on en compte environ 7 500 en 1847, 3 600 en 1876 (64). Leur vie quotidienne au XIX[ème] siècle est relatée dans *Madame Bovary* (66) de Gustave Flaubert : Charles Bovary fait en effet partie de cette profession. Les relations entre docteurs en médecine et officiers de santé sont souvent conflictuelles, les premiers considérant les seconds, parfois avec raison, comme de piètres médecins (les officiers de santé peuvent exercer après trois ans en faculté, contre au moins cinq ans pour les docteurs en médecine). Ainsi de nombreux docteurs souhaitent la suppression de l'officiât de santé. La profession est ainsi abrogée par la loi Chevandier du 30 novembre 1892, cette mesure associée à celle de la reconnaissance de l'USMF ayant pour but l'unification de la profession médicale.

Le XIX[ème] siècle est également celui de la création des spécialités, ainsi que de l'apparition du paiement à l'acte tel qu'on le connaît aujourd'hui ; il se justifie par la situation épidémiologique et les habitudes des patients : ils se rendent assez rarement chez leur praticien, et la société est globalement peu médicalisée. Le paiement à l'acte est donc la solution la plus logique de rémunération des médecins, dont l'activité consiste majoritairement à prendre en charge des maladies aigües (64). Les sociétés médicales créent en 1881 les tarifs syndicaux, qui représentent des prix minimaux de prise en charge, encore très largement non appliqués. On note également des prémices de rémunération par forfaits ou abonnements (mutualité, assistance médicale gratuite…), qui seront rendus caduques par un accord signé entre l'USMF et la ligue de la mutualité en 1895, mettant en place le libre choix du médecin par le patient et le paiement à l'acte. Ce dernier n'est pas fixe : il dépend de la fortune du patient, de l'importance du service rendu, de la réputation du médecin et des circonstances de la consultation (64).

Cette fin de XIX[ème] siècle voit des progrès médicaux importants : les connaissances scientifiques vont croissantes, Charcot se penche sur les méandres de l'esprit humain, Pasteur met en place les prémices de la microbiologie, l'hygiène fait un bond spectaculaire en avant… Les médecins en retirent un plus grand prestige, ils deviennent éminents tout en restant familiers. Cependant, la traduction sur le plan financier reste délicate : les patients ne sont pas toujours en mesure de payer, et le médecin moyen gagne moins bien sa vie qu'un ouvrier ; il existe de plus de fortes disparités selon les régions et entre les médecins.

Le début du XX[ème] siècle poursuit avec le système des honoraires libres, le médecin et son patient se mettant d'accord sur le montant de la rémunération : c'est le principe de l'entente directe. Dans le milieu rural, le paiement, parfois en nature, se fait de manière annuelle selon les notes d'honoraires, dont le montant varie en fonction des moyens du patient. Le paiement direct est mis à mal par le retour de l'Alsace-Moselle après la première guerre mondiale : ces départements ont connu le système d'assurance sociale bismarckien allemand, et les autorités françaises vont s'en inspirer afin de développer le tiers payant (65). Cette mesure ne plaît guère aux médecins, qui font de l'entente et du paiement directs les gages de l'autonomie et de l'indépendance du soignant.

C'est ainsi que la CSMF vote en 1927 la charte de la médecine libérale, qui définit des principes fondateurs tels que le libre choix du médecin par le patient, la liberté de prescription, le paiement

direct par le patient et l'entente directe sur le montant des honoraires. Le paiement à l'acte deviendra dès lors le mode de rémunération quasi-exclusif en médecine libérale dans notre pays. L'exercice de la médecine salariée est quant à lui reconnu par une décision du conseil d'État du 30 janvier 1929, uniquement pour les médecins d'usine et d'administration, les inspecteurs de la santé et du travail, et les médecins conseil des organisations professionnelles.

Les principes fondateurs de la médecine libérale sont repris lors de la création de la Sécurité Sociale en 1945, et dans le code de déontologie de l'Ordre des médecins en 1947 : l'entente directe et le paiement direct des honoraires font partie des fondements déontologiques. La rémunération par paiement à l'acte n'y est pas directement mentionnée, cependant le code interdit le paiement forfaitaire…

Mais la notion de tarifs opposables est également introduite pour la première fois lors de la création de la Sécurité Sociale en 1945 (67) (à laquelle les médecins ne sont d'ailleurs pas conviés) : ce sont les prémices de l'abandon de l'entente directe. Des conventions départementales sont instaurées, et les honoraires sont fixés selon des accords entre pouvoirs publics, syndicats médicaux et caisses de sécurité sociale (7). Les dépassements sont néanmoins permis et restent souvent la règle, variant toujours selon les mêmes critères.

La poursuite de l'amélioration du niveau de vie et du prestige du médecin en font une profession prisée : dans les années 60, environ 10 % des bacheliers français s'orientent vers des études de médecine (65).

Il persiste néanmoins de nombreuses disparités au niveau des honoraires. Le décret du 12 mai 1960 les limite en introduisant un plafonnement des tarifs applicables (68). Dans un souci d'uniformisation des prix sur le territoire français, la première convention nationale est signée le 28 octobre 1971 entre les caisses d'assurance maladie et les syndicats médicaux. Elle traite des obligations des caisses d'assurance maladie et des médecins, et des tarifs des honoraires et des frais accessoires, avec des différences entre généralistes et spécialistes. Elle promet aux médecins des avantages fiscaux et sociaux en échange d'un effort d'efficience dans la prise en charge et de discipline dans la prescription. C'est un succès des deux côtés : les médecins sont satisfaits de la solvabilisation de la demande ; les caisses d'assurance maladie s'assurent quant à elle d'un accès aux soins facilité.

Dès lors, les conventions médicales vont se succéder, avec comme élément majeur de négociation le tarif des actes. Mais elles vont peu à peu sortir du cadre strict de la rémunération, et intéresser l'ensemble des rapports entre médecins et organismes d'assurance maladie, tels que les recommandations de bonne pratique, la formation médicale continue ou l'organisation des soins (67).

La NGAP est crée en 1972, définissant les prix selon les actes pratiqués.

La troisième convention, en 1980, instaure le double secteur : le secteur 1, à tarifs conventionnels, et le secteur 2, à tarifs dits libres et qui constitue un droit permanent à dépassement. Les médecins qui choisissent ce deuxième secteur n'obtiennent cependant plus d'avantages sociaux ou fiscaux.

En 1983 a lieu une expérience pilote de centre de santé à Saint-Nazaire, avec des médecins généralistes salariés. Cette tentative est cependant rapidement stoppée devant l'opposition des syndicats médicaux majoritaires, toujours très attachés au paiement à l'acte.

Devant le succès du secteur 2 (chaque année, 20 % des médecins ont rejoint le secteur 2 entre 1985 et 1989 (69)), la cinquième convention nationale de 1990 gèle son accès, qui n'est plus réservé qu'aux anciens assistants-chefs de clinique. On note également la première tentative d'adoption d'une option conventionnelle type « médecin référent », qui est avortée.

La loi Teulade du 04 janvier 1993 tente d'améliorer la maîtrise des dépenses de santé. Elle définit des Objectifs Quantifiés Nationaux, avec des sanctions collectives en cas de non respect (68) ; elle instaure également des sanctions financières individuelles par le biais des RMO, qui visent à supprimer les pratiques inutiles et dangereuses, et qui correspondent à la première incursion du jugement des pratiques médicales à l'intérieur de la convention. La loi Teulade majore également les tarifs en vue de valoriser une pratique de qualité, et met en place les modalités de financement des expérimentations et actions innovantes.

En 1997, la nouvelle convention crée une option conventionnelle « médecin référent », qui constitue le premier paiement forfaitaire par patient pour rémunérer le médecin généraliste. Elle sera confirmée par la nouvelle convention de 1998. Les résultats ne seront cependant pas à la mesure de ceux escomptés (voir chapitre I.C.2.a).

La convention de 1998 abolit le caractère pénalisant des RMO : seul un engagement moral individuel est laissé en place, les sanctions financières sont retirées.

La loi du 06 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie définit les CBP et les ACBUS, qui représentent des engagements de promotion de la qualité des soins respectivement individuel et collectif, en échange d'un complément de rémunération type forfait. Ils sont stoppés lors de la mise en place des ARS en 2010.

La coordination des soins et la prise en charge globale en réseaux sont favorisées par la Loi de Fonctionnement de la Sécurité Sociale du 20 décembre 2002 : elle définit des modes de rémunération autres qu'à l'acte pour les activités du médecin généraliste dans les filières et réseaux de soins.

En 2004 est créée la CCAM, dont le but est de se substituer à terme à la NGAP.

La convention nationale de 2005 met en place le dispositif dit « médecin traitant » (voir chapitre I.C.2.b.1), qui remplace l'option médecin référent, et qui consiste comme elle en une rémunération forfaitaire qui vient compléter le paiement à l'acte.

Enfin, la nouvelle convention parue au Journal Officiel du 25 septembre 2011 (70) introduit pour la première fois la notion de paiement à la performance pour tous les médecins (voir chapitre I.C.2.c.2).

Comme nous venons de le voir, les évolutions dans notre pays concernent majoritairement le paiement à l'acte. Ce mode reste ainsi très majoritaire dans la rémunération des médecins français. Il encourage la médecine curative et la course à l'acte, et aboutit à une succession de séquences de soins, sans réelle coordination ou prévention. Malgré ces défauts, les médecins généralistes considèrent ce mode de rétribution comme un principe fondateur de la médecine libérale, garant du colloque singulier entre le praticien et son patient. Ceci constitue un obstacle à l'évolution des modes de rémunération.

Les changements de mentalité ont cependant permis de récents essais de mixité dans les modes de rémunération, avec plus ou moins de succès.

2. Les différentes voies d'alternative au paiement à l'acte testées ces dernières années

a) L'option « médecin référent »

L'option « médecin référent » a été mise en place par le plan Juppé de 1995 en partenariat avec MG France, syndicat majoritaire à l'époque. Elle est instaurée dans la convention de 1997, puis confirmée par celle de 1998. Elle constitue une innovation de plusieurs points de vue ; tout d'abord il s'agit du premier exemple de modulation individuelle du contenu de la relation conventionnelle : le médecin est libre d'y souscrire ou non (d'où son terme d'option), lui incombant alors un certain nombre de droits et de devoirs supplémentaires. Elle correspond également à la première tentative de rémunération forfaitaire du médecin généraliste.

Concrètement, il s'agit d'un contrat annuel signé entre un médecin et son patient, sous la responsabilité de l'Assurance Maladie.

Le médecin s'engage à respecter plusieurs mesures jugées comme favorisant la qualité des soins : prescrire davantage de médicaments génériques, augmenter la télétransmission des feuilles de soins, limiter les actes à 7 500/an (71) (plafond au-delà duquel il a été considéré comme non possible de garantir une médecine de qualité), suivre une FMC, adopter les RBP, et mettre à jour le dossier de ses patients. En échange du respect de ses mesures, il bénéficie d'une rémunération payée par

l'Assurance Maladie pour chaque contrat signé : il s'agit donc d'un type de capitation. Cette somme annuelle perçue pour moitié en début de contrat et pour la seconde moitié en fin de contrat s'élevait initialement à 22,87 € (150 francs) et a été doublée en 2001 pour atteindre 45,74 € par an.

Le patient, quant à lui, s'engage à consulter en premier lieu son médecin référent, avec dérogation possible en cas d'urgence. Ce dernier a donc un rôle de *gatekeeper* important, orientant par la suite le malade à l'intérieur du système de soins s'il le juge nécessaire. Cela assure au patient un meilleur suivi ainsi que la dispense d'avance des frais : en effet le système médecin référent consiste en une rémunération au tiers-payant, les honoraires étant réglés directement par l'Assurance Maladie au médecin.

L'option « médecin référent » a plusieurs buts : tout d'abord améliorer la coordination des soins en favorisant le suivi par un seul médecin traitant et en insistant sur le concept de filières de soins. Elle a également pour objectif de rompre avec le « tout à l'acte » en introduisant les forfaits dans la rémunération du médecin généraliste. Inaugurant de nouveaux rapports entre médecins, patients et Assurance Maladie (71), elle a été plutôt mal reçue par les professionnels de santé : critiquée par l'Ordre des médecins, contestée par les syndicats médicaux, l'option est abolie avec la convention 2004, après avoir été signée par environ 10 % des médecins généralistes français (72) (soit 6 000 médecins) et 1,1 million d'assurés. Elle est remplacée par l'obligation de déclaration du « médecin traitant ».

On ne peut cependant considérer l'option « médecin référent » comme un échec total : elle a permis de préparer les médecins au changement dans leur mode de rémunération et d'ouvrir la voie à de nouvelles tentatives de rémunération mixte.

b) Les forfaits actuels

Ces pistes sont de plus en plus étudiées par les instances politiques afin de favoriser la mixité dans la rémunération des omnipraticiens. Le rapport annuel de la Cour des Comptes relatif aux Lois de Financement de la Sécurité Sociale recommande d'ailleurs en 2007 de *« conduire sans tarder une réflexion sur l'articulation du paiement à l'acte et du paiement au forfait des médecins généralistes »* (73). Des pistes intéressantes semblent se dessiner, comme un forfait « prise en charge des missions de service public » (74), qui rassemblerait l'ensemble des rémunérations prospectives annexes pour la prévention et la permanence des soins. Un forfait adolescent pourrait également voir le jour, ou un forfait par maladies chroniques.

Les forfaits représentent actuellement 6,5 % de l'ensemble des revenus des médecins généralistes (75), constitués essentiellement pour deux tiers par le forfait ALD, et pour un tiers par la rémunération des astreintes et gardes de nuits, week-ends et jours fériés. Ils se sont développés de manière importante en une décennie : ils ne comptaient que pour 0,2 % de la rémunération des omnipraticiens en 2000 (32).

(1) Le forfait médecin traitant

Il a été instauré par la convention 2005, en relai de l'option « médecin référent ». Le principe est le suivant : chaque assuré social de plus de 16 ans doit déclarer un médecin traitant qu'il est tenu de consulter en premier lieu pour un problème de santé (hormis urgences et spécialistes à accès libre comme les pédiatres, gynécologues, ophtalmologues et psychiatres). En cas de non respect, une sanction financière est prévue : le patient n'est remboursé que de 60 % du tarif de la consultation, contre 70 % s'il rentre bien dans le cadre du parcours de soins coordonné (cas du régime général). Cette mesure punitive et le caractère obligatoire sont certainement des points à l'origine du succès de cette réforme : la grande majorité des français a, à ce jour, déclaré son médecin traitant. La déclaration se fait grâce au formulaire *ad hoc* (voir annexe 2), mais peut également être réalisée par voie électronique sur http://www.ameli.fr.

En contrepartie, le médecin généraliste bénéficie d'un forfait pour certains de ses malades : 40 € annuels lui sont accordés pour chaque patient en ALD qui l'a déclaré comme son médecin traitant. Cette somme vise à indemniser la prise en charge administrative et thérapeutique qui résulte de l'affection de longue durée (rédaction du protocole de soins, différenciation des ordonnances bizones, coordination des différents acteurs entrant dans la prise en charge…).

(2) Le forfait permanence des soins

Il s'agit de la rémunération pour les astreintes de nuits et week-ends. Elle existe depuis 2002. Une enveloppe budgétaire est définie pour chaque région, la permanence des soins étant assurée par l'ARS. Il existe différents forfaits, qui sont spécifiés dans le cahier des charges régional de la permanence des soins.

Le forfait est d'au moins 150 € pour 12 heures pour le médecin de garde, au moins 3C (69 €) par heure pour le médecin régulateur (76) (voir Annexe 3).

(3) Le forfait de dépistage du cancer colorectal

Les médecins peuvent bénéficier d'une rémunération forfaitaire pour leur participation à la prévention du cancer colorectal : le médecin volontaire s'engage à proposer le dépistage aux patients éligibles, et une somme lui est attribuée pour l'information et la réalisation pratique des tests. La somme perçue dépend uniquement du nombre de tests lus dans l'année : entre 0 et 10 tests, la rémunération est nulle ; entre 11 et 20 tests, la somme perçue est de 60 € ; 120 € supplémentaires, soit au total 180 €, sont attribués si la fourchette 21 à 50 est atteinte ; entre 51 et 100 tests, 250 € supplémentaires sont attribués, soit au total 430 €. Enfin, si le médecin a dépisté plus de 101 patients, 600 € viennent s'ajouter aux 430, soit un total de 1 030 €. Cette somme représente donc le forfait maximal annuel attribué au médecin généraliste dans le cadre du dépistage du cancer colorectal. Les sommes sont

gérées au niveau local entre les associations de dépistage (l'AMODEMACES en Moselle par exemple) et la CPAM.

c) *Le paiement à la performance*

(1) Les CAPI

Le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles est la première tentative d'instauration d'une forme de paiement à la performance. Il s'agit d'un contrat de trois ans, volontaire et réversible, passé entre un médecin généraliste et l'Assurance Maladie. Son objectif avoué est un meilleur investissement dans la qualité des soins, aboutissant à une amélioration des pratiques médicales au profit des patients. Pour la première fois en France, des mesures sont prises pour ne plus « travailler plus pour gagner plus », mais « travailler mieux pour gagner plus » (77). Leur but n'est cependant pas de se substituer au paiement à l'acte mais de constituer une rémunération complémentaire.

Les CAPI ont été lancés en mai 2009, après une publication au Journal Officiel du 21 avril 2009.

La rétribution par CAPI varie selon le recueil d'un certain nombre d'indicateurs cibles. Les objectifs sont fixés à trois ans, mais il existe également des objectifs intermédiaires en cours de contrat. De plus, l'Assurance Maladie évalue à l'ouverture du CAPI le niveau initial, afin de pouvoir juger de l'évolution des pratiques. Le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles consiste ainsi en une rémunération selon l'atteinte d'objectifs de santé publique mais aussi selon les progrès réalisés. Il s'agit d'un forfait payé au médecin traitant, par patient inscrit sur sa liste, selon le pourcentage de réalisation des objectifs demandés. Le montant maximal attribué par patient, au cas où un praticien aurait rempli 100 % des objectifs, est de 7 € (prenons l'exemple d'un généraliste que 1 000 patients ont déclaré comme médecin traitant : la somme maximale qu'il peut obtenir grâce au CAPI est de 7 000 €) ; les sommes engagées par l'Assurance Maladie sont censées être compensées par les économies engendrées. Le médecin généraliste peut visualiser ses résultats concernant les objectifs intermédiaires et finaux sur son compte ameli.fr.

Les thèmes et les objectifs retenus pour constituer les indicateurs sont en lien avec des priorités de santé publique : ils ont été définis selon les écarts entre les recommandations (HAS, AFSSAPS) et la pratique collective, la situation dans les autres pays, et l'hétérogénéité entre les praticiens. Il est prévu qu'ils évoluent selon les données de la science ; les trois grands thèmes retenus concernent le suivi des pathologies chroniques, la prévention et l'optimisation des prescriptions.

Le suivi des pathologies chroniques se rapporte au diabète et à l'HTA. Pour le cas du diabète, les indicateurs sont le pourcentage de patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 dosages d'hémoglobine glyquée dans l'année, ayant eu un fond d'œil dans l'année, qui sont traités par une statine en cas de

fort risque cardio-vasculaire, et qui reçoivent de l'aspirine dans le même cas. Les pourcentages à atteindre varient entre 65 et 75 %. En ce qui concerne l'HTA, l'objectif est d'avoir plus de la moitié de ses patients hypertendus contrôlés (TA<140/90 mmHg). Il faut noter que cette mesure est déclarative, renseignée par le médecin sans contrôle possible.

La prévention concerne l'iatrogénie, avec des objectifs de moins de 5 % des malades de plus de 65 ans traités par benzodiazépines de demi-vie longue, et moins de 7 % de vasodilatateurs chez ces mêmes patients. La vaccination saisonnière des plus de 65 ans est également prise en compte : elle doit être d'au moins 75 %. Enfin, 80 % des femmes entre 50 et 75 ans doivent avoir bénéficié d'un dépistage du cancer du sein.

Le dernier thème prend en compte l'optimisation des prescriptions : il s'agit du rapport entre aspirine et antiagrégants plaquettaires, et de celui des IEC par rapport aux sartans. Il concerne également la prescription dans le répertoire des génériques pour des molécules fréquemment prescrites : IPP, antihypertenseurs, antibiotiques, antidépresseurs et statines. Le but est de diminuer le phénomène de report de prescription sur les médicaments les plus récents et les plus coûteux.

Malgré l'hostilité des syndicats et de l'Ordre des médecins, le CAPI peut être considéré comme un succès, tout d'abord du point de vue du nombre de médecins éligibles l'ayant adopté : en effet un omnipraticien sur trois a signé ce contrat un an après sa mise en œuvre (78), soit environ 15 000 médecins. Les analyses n'ont pas montré de profil particulier de ces médecins signataires (79).

Mais il s'agit également d'une réussite concernant les indicateurs mesurés : les résultats montrent une amélioration du suivi des maladies chroniques et du bon usage des recommandations. On estime ainsi par exemple que 12 000 diabétiques de plus ont bénéficié des 3 à 4 dosages d'hémoglobine glyquée recommandés (80), que 7 000 vaccinations antigrippales de plus ont été réalisées (80)… Il existe une diminution significative de la consommation des benzodiazépines et des vasodilatateurs (80), une meilleure hiérarchie des traitements et une augmentation ou une stabilisation de la prescription en génériques. Les seuls indicateurs qui n'ont pas montré de réels progrès concernent le dépistage du cancer du sein (taux stable à 65 %), et la prescription en génériques pour les antibiotiques (-1 %) et les antidépresseurs (-2,4 %) (80). Il faut relativiser ce succès en précisant que l'amélioration des indicateurs a été notifiée également chez les non-signataires de CAPI, mais dans une moindre mesure.

Les deux tiers des médecins signataires ont pu atteindre les seuils prévus d'objectifs cibles (au moins 45 % du total) ouvrant droit à rémunération (80).

Malgré ce succès, les CAPI ont du faire face à un certain nombre de critiques : Le CNOM les a décrits dans son avis de décembre 2008 comme une rémunération pouvant affecter la relation de

confiance entre le médecin et le malade (81). Il souhaite que les patients soient informés de manière claire et compréhensible sur le CAPI. Le calcul de la rémunération a été jugé par certains médecins comme trop compliqué et peu transparent (82) (voir Annexe 4). Enfin, certaines critiques ont pointé un manque de pertinence des indicateurs utilisés, leur nombre insuffisant (par rapport au QOF par exemple, voir I.D.2.c.3), et l'absence de droit de regard des médecins sur les instruments de mesure.

Les CAPI ont cependant l'avantage de favoriser la mixité dans la rémunération des omnipraticiens. Ils sont une ébauche d'orientation vers une prise en charge plus qualitative dans notre système de santé. Ces raisons ont poussé les autorités compétentes à intégrer les Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles, sous une forme modifiée, dans la nouvelle convention médicale de juillet 2011. La rémunération à la performance et les indicateurs de qualité sont maintenant mis en jeu pour l'ensemble des médecins généralistes.

(2) La convention médicale de 2011 (70)

Elle a été pour la première fois signée par les trois principaux syndicats représentatifs des médecins (CSMF, SML et MG France).

La convention reconnaît la nécessaire mixité dans la rémunération du médecin traitant. Elle décrit d'ailleurs trois piliers : le paiement à l'acte, les forfaits, et la rémunération à la performance. Cette dernière constitue l'innovation majeure de la convention 2011 : elle est mise en place à grande échelle pour l'ensemble des médecins généralistes. Le but est de valoriser l'atteinte d'objectifs de santé publique, notamment dans le cadre du développement de la prévention, du suivi des pathologies chroniques, de l'efficience et de l'organisation des cabinets médicaux.

Les indicateurs couvrent deux grands thèmes : le premier concerne l'organisation du cabinet et la qualité de service ; il est commun à l'ensemble des médecins libéraux, y compris spécialistes. Le deuxième thème se rapporte à la qualité de la pratique médicale, pour l'instant réservée aux seuls médecins généralistes, mais dont le but à terme est d'être mise en place pour toutes les spécialités. Trois axes y sont étudiés : le suivi des pathologies chroniques, la prévention, et l'efficience (voir Annexe 5). Les indicateurs retenus sont sensiblement ceux des Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles, auxquels de nouveaux ont été rajoutés. Mais contrairement aux CAPI, les indicateurs ont fait l'objet de débats entre Assurance Maladie et médecins lors des négociations conventionnelles. L'adhésion des médecins ne devrait en être que plus grande.

Le suivi des pathologies chroniques est représenté par 9 indicateurs (8 pour le diabète et 1 pour l'HTA) ; l'axe prévention a intégré en plus des objectifs du CAPI la vaccination antigrippale des patients en ALD, le dépistage du cancer du col de l'utérus, le pourcentage d'antibiothérapie annuelle et les initiations de traitement par benzodiazépines, lui conférant au total huit indicateurs. Le suivi des pathologies chroniques et la prévention ouvrent droit à 250 points chacun.

Le thème optimisation des prescriptions/efficience est resté sensiblement le même. Il octroie 400 points.

L'organisation du cabinet et la qualité de service comporte 5 indicateurs : la tenue du dossier médical informatisé, l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription, l'informatisation permettant de télétransmettre, l'affichage dans le cabinet et sur http://www.ameli.fr des horaires et modalités d'accès du cabinet, et enfin la synthèse annuelle du dossier médical (uniquement pour le médecin traitant). L'ensemble des indicateurs est représenté par 400 points (dont 150 pour la synthèse annuelle).

Le nombre total de points est de 1 300 (voir Annexe 6). Chaque point est affecté d'une valeur, 7 € actuellement. La rémunération du médecin dépend du niveau initial, des objectifs intermédiaires et des objectifs cibles, avec pondération par la patientèle pour certains indicateurs. Il faut également noter que les points sont majorés de respectivement 15, 10 puis 5 % lors des trois premières années d'installation.

Les médecins ne souhaitant pas bénéficier de cette rémunération à la performance ont la possibilité d'y déroger sur simple notification à la caisse d'assurance maladie dont ils dépendent. Des refus ont été enregistrés pour environ 1 % des généralistes.

La convention réitère le dispositif médecin traitant. En ce qui concerne le paiement à l'acte, elle ajoute des consultations de santé publique à haute valeur ajoutée.

d) Les nouveaux modes de rémunération (NMR)

Il s'agit d'expérimentations menées par les Missions Régionales de Santé. Prévues depuis 2008 par l'article 44 de la LFSS, elles n'ont débutées qu'en 2010 avec deux ans de retard en raison de contestations dans leur mise en œuvre (83). 17 maisons de santé libérales et 25 centres de santé font figure de cobayes, dans 6 régions, dont la Lorraine. Leur durée prévue est de 5 ans. Une extension à toutes les régions et tous les volontaires est prévue selon les résultats observés.

Ces NMR consistent en une convention passée au niveau local entre l'ARS et une maison ou un pôle de santé, dont les objectifs sont de moderniser l'organisation des soins primaires en France et d'introduire une nouvelle rémunération basée sur la prise en charge globale du patient (voir Annexe 7). Une somme forfaitaire est ainsi attribuée à l'équipe de soins dans son ensemble.

Quatre modules coexistent. Le module 1 est un forfait pour les missions coordonnées versé à la maison de santé, et variant selon le nombre de patients inscrits et le nombre de professionnels. La somme est également fonction d'indicateurs choisis dans une liste proposée (81). Ces derniers jugent la qualité des soins (cancer, grippe, HTA, diabète, obésité, maladie d'Alzheimer, prescription des paramédicaux, prévention du risque cardio-vasculaire et lombalgies chroniques), le travail coordonné

(continuité des soins avec le dossier médical et la coordination avec une structure extérieure type HAD ou SSIAD, le partage d'informations avec l'organisation de réunions, les protocoles papier au sein de la structure), et enfin l'efficience (prescriptions des génériques et des transports sanitaires). Certains de ces indicateurs sont communs avec ceux des CAPI. Cette rémunération a fait polémique (83), et a été jugée comme trop complexe (81) (voir Annexe 8).

Le module 2 finance les « nouveaux services » aux patients. Il s'agit essentiellement de l'éducation thérapeutique pour les patients atteints de diabète, asthme, BPCO, insuffisance cardiaque ou HTA. Le forfait couvre le diagnostic éducatif initial, les séances collectives et individuelles, l'évaluation finale du bénéfice, les frais de fonctionnement et les supports. L'évaluation est prévue par les données descriptives fournies par la structure, concernant le nombre de patients inclus, le contenu des programmes, le nombre de séances réalisées... Ce module a également été jugé comme trop complexe (voir Annexe 9).

Le module 3 concernera la coopération entre professionnels, le module 4 quant à lui consistera en une rémunération forfaitaire de type capitation pour des pathologies chroniques.

Seuls les deux premiers modules ont bénéficié d'expérimentations à l'heure actuelle.

En Lorraine, les premiers sites ayant accepté dès début 2010 de participer aux essais sont la maison médicale « Les Thermes » de Gérardmer, et celle de Vicherey dans les Vosges. Elles sont rejointes en juillet 2010 par la maison de santé pluridisciplinaire d'Haroué, les pôles de santé de Vigneulles-les-Hattonchâtel et de Revigny-sur-Ornain, et la maison médicale du Thillot (cette structure ne participant à l'heure actuelle qu'au module 1). D'autres structures ont du être refusées, ne répondant pas aux critères d'éligibilité, comme par exemple le fait d'être des sites déjà totalement opérationnels. Il faut noter qu'aucun site mosellan ne fait partie de ces expérimentations ; ceci pourrait s'expliquer par le fait que les organisations multidisciplinaires nécessaires aux Nouveaux Modes de Rémunération sont plus représentées dans les départements à tendance rurale. Le versement effectif des prestations est d'ailleurs réalisé par la CPAM des Vosges en Lorraine : c'est dans ce département que se trouvent la moitié des structures en cours de test. En Lorraine, tous les sites ont décidé de consacrer leur module 2 à la prévention des facteurs de risque cardio-vasculaires, en partenariat avec la MSA.

Il est encore trop tôt pour conclure sur les résultats de ces premiers essais : différentes études sont en cours au niveau de l'ARS en collaboration avec l'IRDES, la FEMALOR et les six sites de tests.

Certains s'inquiètent du terme d' « expérimentations » : cela signifie-t-il qu'elles ne seront pas reconduites ? Cela peut poser problème pour une structure qui s'investit et bouleverse son organisation afin de participer à ces NMR. La convention de 2011 stipule d'ailleurs que les expériences pourraient être généralisées, mais seulement en fonction des premiers résultats obtenus.

D’autre part, les évaluations des objectifs et les calculs des forfaits ont été jugés comme trop complexes et technocrates.

3. Deux cas particuliers : le régime minier et les médecins conventionnés SNCF

a) Le régime minier

Le régime minier est un régime dans lequel certains médecins généralistes conventionnés collectivement s’occupent de patients particuliers : les anciens mineurs et ayant droits. Le régime n’est plus exclusif dorénavant : les omnipraticiens ayant signé cette convention particulière peuvent soigner des patients de la population « générale ».

Jusqu’en 2008, les médecins généralistes appartenant à ce régime étaient salariés, leur rétribution variant essentiellement en fonction de leur ancienneté, mais nullement de leur activité.

Mais la fin de l’activité minière en France a déséquilibré ce système, avec comme aboutissement la signature d’une nouvelle convention collective en 2008. Une des conséquences en est une forme de rémunération mixte des médecins appartenant à ce régime (voir Annexe 10) : il est maintenant composé d’une part fixe, le salaire, auquel s’ajoute une part variable selon l’activité. La part fixe représente 85 % de l’échelle d’ancienneté adéquate ; elle est accordé dès le moment où l’activité du médecin sur l’année est supérieure ou égale à 5 500 équivalents C. Si l’activité est inférieure, le salaire est au *prorata* de l’activité ; si elle est supérieure, le médecin perçoit une commission de 40 % sur l’activité valorisée.

b) Les médecins agréés SNCF

Les médecins libéraux peuvent être agréés par la SNCF pour voir en consultation les cheminots qui le désirent. La consultation est alors prise en charge par la SNCF et le patient n’a pas à faire l’avance des frais. Du point de vue du praticien, la situation a évolué au cours du temps : la rémunération du médecin de secteur était auparavant mixte, avec une partie fixe par salariat, et une part variable en fonction de l’activité. S’y ajoutaient également certains avantages comme des facilités de circulation (voyages en train gratuits pour le médecin et ses ayant-droits).

Désormais, le médecin agréé n’a plus droit aux facilités de circulation, et sa rémunération se fait comme les autres omnipraticiens à l’acte sur la base de la convention nationale générale.

D. Les différents choix de certains pays européens

1. L'Allemagne : un système de soins bismarckien en évolution constante

a) Politique de santé

Quelques grandes notions historiques sont indispensables pour comprendre l'évolution de la politique de santé en Allemagne (84) :

En 1883 est votée la première loi sur l'Assurance Maladie, sur proposition du chancelier von Bismarck. Elle met notamment en place le principe de l'assurance obligatoire pour les ouvriers de l'industrie. Le système est globalement peu modifié durant les cinquante années suivantes.

Entre 1933 et 1945, sous le régime nazi, on note assez peu de changements. Il existe néanmoins des modifications législatives visant à exclure les Juifs du système de santé (avec l'approbation de certains médecins, qui représentent la profession ayant le plus fort taux d'adhésion au parti nazi).

A la fin de la deuxième guerre mondiale, le pays est scindé en deux parties distinctes : la RFA à l'Ouest, qui restera fidèle au système de santé connu, et la RDA à l'Est, sous l'égide communiste. Le modèle russe y servira de référence, avec un système de santé centralisé, des médecins employés d'état et un hôpital uniquement public. Il fera illusion jusqu'à la fin des années 70 : le manque de financement, de personnel et d'équipement moderne aboutiront à une dégradation du système de santé sous les standards occidentaux.

Dans les années 70, les deux chocs pétroliers sont responsables d'une dégradation des conditions économiques. L'augmentation des coûts de la santé commence à devenir une préoccupation pour les pouvoirs publics germaniques.

En 1988 a lieu la première loi sur la réforme du système de santé, avec pour but un meilleur contrôle des dépenses dans tous les secteurs. Il s'agit de l'amorce d'une série de changements qui vont durer quinze ans, et qui feront de l'Allemagne la *« championne d'Europe des réformes du système de soins »* (85).

En 1989, la réunification de la RDA et de la RFA représente un véritable challenge dans tous les domaines pour la nouvelle Allemagne. Du point de vue de la politique de santé, la nécessaire intégration du système d'inspiration bévéridgienne de l'ex-RDA au modèle de l'Ouest est longue et fastidieuse. Le niveau des dépenses de santé s'en trouve brutalement alourdi (7).

L'Allemagne est le premier pays à avoir instauré un système de sécurité sociale nationale. Il était, et est toujours, fondé sur le principe d'une assurance professionnelle dans le cadre de l'entreprise : il s'agit du système bismarckien de référence.

Il ne s'agit pas d'un choix que feraient certains travailleurs afin de se prémunir des risques pour leur santé : l'assurance maladie est obligatoire. Sous un certain seuil de revenus, environ 4 000 € mensuels actuellement, les allemands doivent contracter au régime général. Au-dessus de ce seuil, ils ont le choix entre ce régime global ou des assurances privées. 90 % de la population est ainsi couverte par le régime obligatoire, et environ 10 % par le domaine privé. Seul environ 0,1 % de la population allemande ne dispose d'aucune couverture maladie (85).

Le système de santé allemand présente de nombreuses similitudes avec le modèle français : le risque maladie y est financé majoritairement par les cotisations sociales (ne dépendant que du revenu et pas du risque), versées pour moitié par les patrons, et pour l'autre moitié par les salariés ; les caisses d'assurance maladie sont gérées de manière paritaire par les représentants des organisations patronales et par les syndicats de salariés.

Cependant de nombreuses différences existent : on compte un grand nombre de caisses d'assurance maladie différentes, environ 300 en 2004 (84). Ces dernières ont un degré important d'autonomie, régulant par elles-mêmes les taux de cotisations de leurs administrés. De plus, l'Allemagne est un état fédéral : le pouvoir central fixe le cadre général du système de santé (7), tel que les objectifs de santé publique, les modalités de financement de l'assurance maladie, les conditions de formation et d'exercice des professionnels de santé ; la mise en application ainsi que la gouvernance à l'échelon régional sont réalisées par les *Länder* (« régions »), qui représentent le pouvoir exécutif. Ils disposent de leur gouvernement local avec le plus souvent leur propre ministre de la santé.

b) Organisation des soins primaires

Les médecins généralistes allemands sont pour leur très grosse majorité des médecins libéraux exerçant en cabinet. Le travail en groupe n'est pas la norme, puisque seuls 30 % d'entre eux ont choisi ce mode de pratique (86).

La démographie médicale est assez élevée : on compte 3,5 médecins pour 1 000 habitants, dont 1,5 médecin généraliste (2). Il existe un *numerus clausus*, mais surtout des régulations à l'installation : celles-ci sont refusées dans les zones sur-dotées en omnipraticiens.

Leur rémunération se fait par un paiement à l'acte assorti d'un plafond d'activité (voir I.D.1.c). La tarification des actes varie selon les négociations collectives entre les caisses d'assurance maladie et les représentants des médecins.

Les patients ont un accès aux soins facile et sans délai. Ils peuvent choisir leur médecin comme bon leur semble, mais doivent ensuite garder le même au moins un trimestre. Ils ne payent pas le praticien lors de la consultation, l'Allemagne ayant mis en place un système de tiers payant généralisé.

Les médecins généralistes font fonction de *gatekeeper* : les patients sont censés consulter leur médecin traitant dans un premier temps pour avoir un éventuel accès aux spécialistes, sous peine de contreparties financières : ils doivent s'acquitter d'une taxe de cabinet médical (*Praxisgebühr*) de 10 € par trimestre et par pathologie (et non pas à chaque consultation) en cas de consultation chez un spécialiste sans être passés par leur médecin traitant (84). Ce système est instauré depuis 2004 ; dans les faits cependant, il semble être peu mis en application.

Il existe de plus un cloisonnement important et étanche entre médecine de ville et hôpital.

c) La rémunération des médecins généralistes

La rémunération des médecins généralistes a pendant de très nombreuses années consisté en un paiement à l'acte plafonné, intégré dans un système de capitation (32).

Dans un premier temps, les caisses d'assurance maladie définissaient, en collaboration avec les représentants des médecins, une enveloppe globale pour chaque *Land.* Cette enveloppe était fonction du nombre d'assurés et de leurs caractéristiques ; elle correspondait ainsi à un système régional de capitation. Une fois l'enveloppe définie, elle était versée par les caisses à l'union régionale des médecins conventionnés. Les caisses d'assurance maladie se trouvaient alors dégagées de toute responsabilité en matière de rémunération et de régulation des honoraires : il n'existait pas de lien direct entre elles et chaque médecin. La répartition de l'enveloppe incombait alors à l'union régionale des médecins, qui rémunérait les praticiens selon les services effectués.

En pratique, chaque acte correspondait à un nombre de points établi selon la nomenclature EBM2000plus (pour *Einheitlicher BewertungsMaßta* ou « échelle de cotation unifiée ») fixée au niveau fédéral. Il s'agissait d'un système de points flottants (85) depuis 1984 : à la fin de chaque trimestre, le médecin envoyait la liste des actes pratiqués à son union régionale de médecins. Celle-ci procédait à des vérifications puis à la compilation des points acquis par la totalité des médecins sous sa responsabilité. Cette somme rapportée à l'enveloppe globale permettait de définir la valeur monétaire unitaire du point, et ainsi de déterminer le montant des honoraires dus à chaque médecin. La valeur du point était ainsi définie et connue uniquement *a posteriori.* La méthode permettait une modération collective (40), l'enveloppe étant fixe pour chaque *Land* et ne pouvant être dépassée.

L'avantage majeur de ce système était de respecter le budget initialement défini : quelle que soit l'activité des généralistes, et malgré un système de paiement à l'acte, les pouvoirs publics savaient qu'ils auraient un bouclage financier strict.

Cependant, ce système avait tendance à aboutir à une « course à l'acte » : chaque médecin se disait qu'il pourrait profiter du mécanisme de régulation collective en augmentant son activité personnelle. Il s'agissait d'une application du célèbre dilemme du prisonnier (21) (voir annexe 11) : la seule situation où le médecin était certain d'être gagnant était celle où il refusait d'obtempérer seul alors que les autres continuaient de coopérer. En effet, le médecin n'avait aucune chance d'influer sur la valeur du point s'il limitait ses actes au strict nécessaire ; il avait par contre un intérêt à se prémunir d'une éventuelle diminution du tarif des actes en augmentant son activité, c'est-à-dire en adoptant une attitude de passager clandestin du système.

La multiplication des comportements individuels risquait alors d'aboutir à une pénalisation de l'ensemble de la profession (85), par augmentation continue du nombre d'actes (l'image fréquemment donnée en Allemagne était celle du hamster qui court sur sa roue (85)), et diminution de la valeur unitaire du point.

Pour contrer ce phénomène et éviter une chute trop importante du point, les pouvoirs publics allemands avaient mis en place en 1997 une régulation individuelle du nombre d'actes pris en charge, connu sous le nom de *Praxisbudget* (ou « budget par pratique ») (49). Il consistait en l'établissement de droits de tirage pour chaque praticien en fonction de sa patientèle ; le médecin n'était plus rémunéré au-dessus du seuil préalablement défini. Concrètement, chaque patient se présentant chez son médecin au cours d'un trimestre était considéré comme un cas, peu importe qu'il vienne une ou plusieurs fois. On rapportait le nombre de cas au quota d'actes moyen (en points) pour un patient selon l'âge, et on obtenait ainsi le droit de tirage du médecin, c'est-à-dire son plafond d'activité.

Ce dispositif permettait une meilleure organisation collective de l'offre de soins, cependant il fut retiré en 2003 suite aux critiques par la cour fédérale de la méthode de calcul.

Depuis 2009, les modes de rémunération des médecins généralistes ont changé (87) : les systèmes de capitation régionaux et les budgets fixes ont été abandonnés, de même que le système des points flottants. Dorénavant, l'assurance maladie fournit une enveloppe à l'association des médecins pour chaque *Land*, pour l'ensemble des médecins généralistes et spécialistes. Cette enveloppe est fonction de l'utilisation moyenne des ressources par les patients les années précédentes. Les associations de médecins répartissent ensuite les sommes entre les différents médecins, sur une base de paiement à l'acte : les médecins reçoivent des points fixes en fonction des actes réalisés sur l'EBM. Un plafond de points est mis en place pour chaque médecin, en fonction de sa spécialisation, du nombre de cas traités l'année passée sur la même période, et de l'âge de ses patients. Les points compris dans ce plafond sont convertis en euros selon un taux fixe, alors que les points se situant au-delà du plafond bénéficient d'un remboursement dégressif. Ces volumes de prestation (*Regelleistungsvolumina)* sont utilisés afin de diminuer les incitations à surproduire pour les médecins, et limitent ainsi la course à

l'acte. Cette réforme joue également sur l'offre de soins : avant 2009, les médecins généralistes avaient tendance à s'installer où le point avait la valeur monétaire la plus forte. La réforme ayant fixé une valeur du point identique sur tout le territoire national, les pouvoirs publics espèrent voir certaines régions recolonisées par les médecins.

Une rémunération spécifique par forfaits est également prévue pour les consultations de prévention ou de maladies spécifiques, comme le diabète par exemple.

d) Évolution actuelle

L'Allemagne a mis en application une large panoplie d'outils de régulation et de réformes depuis quinze à vingt ans. Leurs buts avoués étaient de réduire le déficit et d'équilibrer les caisses de l'assurance maladie ainsi que de baisser, ou au moins stabiliser, les taux de cotisations. En effet, dans le contexte actuel de mondialisation, l'Allemagne a toujours considéré que les pressions à la hausse sur les cotisations sociales entraînaient une baisse de productivité. C'est pourquoi les réformes ont cherché à baisser les taux de cotisations, ou à trouver d'autres sources de financement. Elles ont été concomitantes d'une augmentation du rôle de l'état dans la protection sociale, certains y voyant les prémices de la fin du système bismarckien : un système mixte voit le jour, dans lequel l'état joue le rôle de garant de l'intérêt collectif, avec un socle de l'assurance maladie toujours fondé sur une gestion entre employeurs et employés (87).

C'est ainsi que la réforme Schmidt de 2003, dans le cadre de l'Agenda 2010 de G. Schröder, a abouti à plusieurs changements importants : la part des patients (le ticket modérateur), a été augmentée ; certaines prestations, comme les médicaments de confort, la stérilisation, les cures thermales ou les lunettes, ont vu leur remboursement diminué voire annulé ; les cotisations sociales ont tout de même été augmentées, représentant 8,2 % du salaire pour les employés et 7,3 % pour la part patronale (88) ; différentes mesures pour améliorer le fonctionnement global du système ont également été prises : amélioration de la carte de sécurité sociale électronique, du parcours de soins… Une concurrence entre les caisses d'assurance maladie est apparue, avec des choix possibles pour les usagers, permettant une meilleure responsabilisation économique. Auparavant, l'affiliation à une caisse variait uniquement selon l'habitat ou la catégorie socioprofessionnelle.

Toutes ces mesures ont été efficaces : elles ont permis un retour à l'équilibre des caisses d'assurance maladie publiques. En 2011, ces dernières sont même excédentaires de 19 milliards d'euros (88).

Ces outils de régulation médicalisée ont toutefois été jugés très quantitatifs, retardant la question de la qualité. C'est pourquoi une des orientations actuelles en Allemagne est d'aller vers des outils plus qualitatifs d'amélioration du système de soins, permettant une plus grande responsabilisation et coordination des acteurs. On peut citer la meilleure mise en œuvre du système du médecin de famille

(*Hausarztsystem*), véritable pilote du parcours de soins, l'obligation pour les praticiens d'une formation continue, ou la création d'un Centre allemand pour la qualité de la médecine (*Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin*).

En ce qui concerne la rémunération des médecins, la finalisation de la réforme était prévue pour 2012, cependant les délais n'ont pas été respectés. Il existe également des études pilotes pour mettre en place, à terme, un paiement à la performance.

2. Le Royaume-Uni : les médecins « contractuels indépendants »

a) Politique de santé

Le Royaume-Uni est le modèle bévéridgien de référence : le système de santé (*National Health Service*) y a été créé en 1948 suite au rapport de Lord Beveridge de 1942. Les principes fondateurs du NHS sont la couverture universelle pour l'accès aux soins, la gratuité, l'égalité d'accès pour tous les usagers, le haut niveau de qualité, un service à but non lucratif, et un financement par l'impôt (89). L'accès au système de soins ne repose que sur un critère de résidence.

Ce modèle a séduit de nombreux états, et le système de santé britannique a ainsi servi de référence à plusieurs pays, notamment certains du sud de l'Europe ou scandinaves.

Le NHS a subi trois modes d'organisation depuis sa création en 1948 : au système de soins initial très intégré avec contrôle hiérarchique important a succédé dans les années 80 et 90 (gouvernements conservateurs Thatcher puis Major) un quasi-marché concurrentiel avec des relations contractuelles entre acheteurs et producteurs de soins. À partir de la fin des années 90, le gouvernement travailliste Blair met en place un système qui s'axe principalement sur la coopération en réseaux des professionnels locaux (90).

Au Royaume-Uni, l'ensemble du système de protection sociale n'est géré que par l'État. La quasi-gratuité des soins aboutit au fait que seuls 12 % de la population dispose d'une assurance complémentaire, essentiellement pour des soins privés électifs (91). Cela représente uniquement 5 % des dépenses de santé (92).

La médecine ambulatoire est représentée par les médecins généralistes (*General Practitioners ou* GPs), les médecins spécialistes ne travaillant quasi-exclusivement que dans les hôpitaux.

Depuis le début des années 2000, les réformes se succèdent, avec certaines conséquences : tout d'abord la qualité et l'efficience du système (*value for money*) s'améliorent ; on cherche également à décentraliser : de nouvelles structures sont créées. Ainsi, le NHS, sous l'égide du ministère de la santé, délègue certains pouvoirs à 10 *Strategic Health Authorities* (SHA), qui assurent la qualité et la performance du système de santé. La structure locale exécutive est le *Primary Care Trust* (PCT), au nombre de 151, gérant en moyenne 340 000 usagers (91). Ce dernier a pour rôle d'organiser les soins primaires, acheter les soins secondaires, et mettre en œuvre la politique de santé. Il obtient ses ressources par un système de capitation complexe (91).

Pour permettre ces modifications du système, le gouvernement britannique a augmenté les ressources budgétaires dévolues à la santé, d'en moyenne 10 % par an entre 2001 et 2008 (93), grâce à une hausse de 1 % des cotisations.

b) Organisation des soins primaires

La politique actuelle du système de santé est de renforcer le rôle des soins primaires afin de diminuer les recours à l'hôpital (50). Les soins primaires prennent ainsi un rôle croissant dans le système de santé britannique, s'inscrivant dans une large démarche de revalorisation, notamment financière.

Les médecins de famille sont traditionnellement des contractuels indépendants (*independant contractors*) : ils passent un contrat avec le système national de santé par le biais de conventions signées entre le NHS et la *British Medical Association*, le syndicat médical principal. Ce contrat traite des conditions d'exercice, de l'organisation de la profession et de la rémunération des médecins. Plusieurs types sont possibles (91) : le *General Medical Service* (GMS), qui repose sur une base négociée au niveau national, et qui représente environ 50 % des médecins ; le *Personal Medical Service* (PMS), avec un contrat plus personnalisé signé au niveau local entre le médecin et son PCT, pour environ 45 % des GPs. Le reste des médecins est employé directement au sein du *Primary Care Trust* grâce à un contrat de type *PCT Medical Service*.

Depuis 2004, il existe un nouveau contrat : le *New General Medical Service (newGMS)*. Il aboutit à plusieurs réformes importantes : il n'est plus individuel mais signé entre le cabinet de médecins et le PCT ; il majore les services spécifiques selon les besoins ; il encourage la délégation des soins, vers les infirmières par exemple ; il instaure un système de rémunération à la performance : le *Quality and Outcomes Framework.*

Les soins sont gratuits et accessibles à tous les résidents de Grande-Bretagne. Ces derniers peuvent choisir librement leur médecin traitant parmi une liste établie selon des critères de sectorisation géographique.

La densité médicale ambulatoire est une des plus faibles d'Europe : 0,8 pour 1 000 habitants en 2009 (91). Il existe par contre une densité assez élevée d'infirmières, permettant une forte délégation de nombreux soins. Elles prennent ainsi en charge 35 % de l'ensemble des consultations du cabinet (50). La moyenne de patients par médecin est elle aussi élevée : 1 432. Pourtant, le praticien anglais a une charge de travail peu importante par rapport à d'autres pays : il travaille en moyenne 44 heures par semaine (94) ; ceci peut s'expliquer par une durée de consultation relativement courte, 11,7 minutes en moyenne.

Il existe un *numerus clausus* en Grande Bretagne : le NHS contrôle ainsi le nombre de médecins et leur garantit un nombre minimal de patients. Il gère également les installations en fonction du nombre de patients moyen par médecin dans une région donnée.

Le travail en groupe est la norme : 95 % des GPs exercent en cabinet de groupe (91), comportant également d'autres professions. Le cabinet médical moyen anglais est ainsi constitué de 5 médecins, 5 paramédicaux, et 11 autres personnels non soignants (tels que réceptionnistes, employés, gestionnaires…) (50). Il faut également noter qu'il existe dans le cabinet des médecins généralistes employés et salariés par le cabinet, sans contrat direct avec le NHS. Cela représente environ 20 % des GPs.

Un rôle de *gatekeeper* important existe depuis la création du système national de santé en 1948 : les patients ne peuvent accéder aux spécialistes, très largement hospitaliers, que par le biais de leur médecin traitant.

Les délais restent un problème important en Grande-Bretagne. Cet inconvénient a été considérablement réduit suite aux réformes des dernières années. Cependant, obtenir un rendez-vous nécessite encore plus d'un jour chez la moitié des praticiens, parfois plus d'une semaine (dans 7 % des cas).

Il faut noter une organisation particulière des cabinets de médecine générale, qui a été mise en œuvre de 1991 à 1999 : le *fundholding*. Il s'agissait de rendre les GPs plus responsables des budgets en leur offrant la possibilité de gérer tous les soins primaires et secondaires pour leur patient. Le budget alloué était attribué selon une capitation variant avec l'âge, le sexe et la mortalité des patients. Ce budget devait leur servir aussi bien à financer leurs propres prescriptions que les envois vers les

spécialistes ou les hospitalisations. Ils pouvaient ainsi négocier les prix des soins secondaires et mettre en concurrence les hôpitaux. L'éventuel surplus financier en fin de période leur était attribué, avec obligation cependant de le réinvestir dans leur pratique. A la fin de la période du *fundholding* en Angleterre, en 1999, environ la moitié des médecins généralistes avaient accepté de participer à ce système. Il fut aboli suite à l'arrivée au pouvoir d'un nouveau gouvernement.

c) Rémunération des médecins généralistes

Les médecins généralistes associés en groupe partagent les profits du cabinet (les médecins employés du cabinet sont rémunérés par salariat). Ceux-ci proviennent de plusieurs mécanismes de paiement : une part de capitation, majoritaire (environ 60 %), un paiement à l'acte pour certains services (environ 15 %), et enfin un paiement à la performance (25 %), le *Quality and Outcomes Framework.*

(1) La capitation

Elle reste la part majoritaire de la rémunération des médecins généralistes au Royaume-Uni : les cabinets de GPs reçoivent une somme globale pour prendre en charge l'ensemble des problèmes de santé essentiels de leur population.

Avant 2004, les sommes attribuées pour la capitation dépendaient essentiellement de l'âge et des conditions socio-économiques. Depuis le *new GMS contract*, les paramètres de la capitation se sont complexifiés. Elle est maintenant calculée selon la formule de Carr-Hill (91), intégrant le sexe, l'âge, des besoins additionnels en relation avec la morbi-mortalité, le nombre de nouveaux inscrits, le lieu d'exercice (avec majoration en cas d'exercice en zone rurale), le coût de la vie locale, et le nombre de patients en institutions.

Une part de la capitation provient également du niveau minimal de revenu garanti (*Minimum Practice Income Guarantee)*, mis en place lors de la réforme du contrat en 2004 pour ne pas léser les médecins généralistes lors des premières années de fonctionnement. Son existence n'est prévue que pour quelques années ; d'ailleurs, si 90 % des cabinets ont reçu ce paiement la première année du nouveau contrat, ils n'étaient plus que 61 % en 2010-2011 (91).

(2) Le paiement à l'acte

Le cabinet peut se mettre d'accord avec le PCT pour prendre en charge des services non obligatoires ouvrant droit à une rémunération à l'acte. Plusieurs niveaux ont été définis :

- un niveau obligatoire, que les PCT doivent développer pour leur population, mais qui ne sont pas forcément délivrés par tous les cabinets. Il s'agit par exemple de la vaccination des enfants.

- un niveau complémentaire national, que les PCT peuvent choisir de développer ou non, et reposant sur des conventions nationales. C'est le cas des actes mineurs de chirurgie par exemple.

- un niveau complémentaire local, avec des soins décidés par les PCT, selon des négociations locales. On peut citer entre autres les soins aux toxicomanes.

(3) Le paiement à la performance

C'est l'innovation majeure du nouveau contrat de 2004 : le *Quality and Outcomes Framework* rémunère la qualité de la pratique des cabinets. Il fait suite à d'autres programmes de paiement à la performance, avec par exemple les *target payments*, qui l'ont précédé. Les cabinets se voient attribuer des points en fonction de leur activité, points affectés d'une valeur monétaire, qui permettent ensuite de déterminer la rémunération. Le nombre maximal de points acquis dans l'année est de 1 000. La participation est volontaire, mais au vu des fortes sommes engagées par les pouvoirs publics, elle est très largement majoritaire (95). Le QOF concerne aussi bien les médecins avec un contrat de type GMS que ceux qui ont signé un PMS. Les indicateurs sont simplement adaptés au niveau local dans ce cas de figure, et des points sont déduits, certains services du QOF ayant déjà ouvert droit à rémunération selon le PMS local.

Les résultats du QOF sont calculés par le QMAS (*Quality Management And Analysis System*), qui est chargé de la récupération des données. Celle-ci s'effectue soit automatiquement par voie informatisée, soit est renseignée par les médecins. Le QMAS permet de ce fait d'obtenir également des données statistiques, sur la prévalence des maladies par exemple.

Plusieurs grands thèmes rassemblent les indicateurs en 2010 (95) :

- la qualité clinique, qui représente 697 points sur les 1 000 possibles ; elle est divisée en 86 indicateurs évaluant 20 maladies chroniques telles que HTA, diabète, maladies coronariennes, AVC, santé mentale… On y distingue des évaluations de procédures ou de résultats. Les résultats sont déterminés selon le rapport « cas ayant atteint l'objectif » rapportés aux « cas déclarés comme étant éligibles ».

- l'organisation du cabinet, rassemblant un total de 167,5 points répartis sur 36 indicateurs, concernant le dossier médical, la gestion du cabinet…

- la satisfaction du patient est représentée par 3 indicateurs, comptant pour 91,5 points. Elle évalue la durée moyenne des consultations, la réalisation d'une enquête de satisfaction annuelle…

- Les 45 points restants sont attribués à des services additionnels par l'intermédiaire de 9 indicateurs, correspondant essentiellement à des actes de gynécologie-obstétrique (suivi de grossesse, frottis cervicaux, contraception…).

Les résultats du QOF ont été supérieurs à ce qui avait été prévu : on attendait 75 % de points acquis par les médecins la première année, mais la moyenne s'est élevée à 91 %, et est toujours restée supérieure à 90 % depuis (95). Cela a assuré une augmentation de 25 % de la rémunération des médecins anglais à la fin de la première année de fonctionnement (57).

Plusieurs causes peuvent expliquer ce constat. Tout d'abord les cibles ont initialement été peu élevées afin de garantir à tous les patients un socle minimal de qualité (50). C'est pourquoi il est prévu de majorer les objectifs tous les ans, afin de permettre une amélioration continue de la qualité des soins.

Ensuite, l'*exception reporting* a pu jouer un rôle : il s'agit des cas non déclarés par les praticiens, jugés non conformes pour pouvoir être intégrés au système de rémunération à la performance. Les critères sont bien définis (96) et concernent : les patients qui ne sont pas venus en consultation malgré trois invitations dans les trois derniers mois, l'état clinique du patient (stades terminaux de cancer…), les diagnostics récents ou les nouveaux patients du cabinet, les malades recevant un traitement maximal mais qui restent sous les objectifs, les patients allergiques ou qui présentent une contre-indication au traitement, ceux refusant le traitement ou les examens, et enfin si un examen nécessaire à la prise en charge est indisponible. La multitude des critères fait que tout contrôle est difficile à mettre en œuvre ; l'*exception reporting* repose ainsi essentiellement sur les déclarations du médecin. Certains ont pu être tentés de « jouer » avec le système en excluant plus de cas que nécessaire. On appelle cette pratique le *gaming* outre-Manche. On estime ainsi que 10 % des patients exclus l'ont été de manière abusive (57).

d) Évolution actuelle

L'arrivée au pouvoir d'un nouveau gouvernement de coalition conservateur en mai 2010 va entraîner de nouvelles modifications du système de soins (91). C'est ainsi que le White Paper de juillet 2010 prévoit l'arrêt des PCT et des SHA, avec une augmentation de la décentralisation : des pouvoirs seront transférés aux nouvelles structures locales pour leur permettre de mieux s'adapter aux besoins de leur population. Il prévoit également une majoration du rôle des médecins.

En ce qui concerne la rémunération des praticiens, la réévaluation continue des objectifs du QOF est prévue. Les attentes initiales étaient trop simples (par exemple 50 % des diabétiques avec une HbA1C < 7,5 %), entraînant un coût d'un milliard de livres pour le seul QOF.

Il est prévu que le NICE, l'organisme chargé de l'évaluation médico-économique des produits de santé et des pratiques médicales, devienne responsable des indicateurs. Il créerait ainsi un menu annuel de nouveaux objectifs basés sur les preuves scientifiques et sur les rapports coût/efficacité, dans une dynamique de stratégie sur le long terme (97). Il devrait ainsi baser les objectifs prioritairement sur les résultats et non sur les procédures, mettre en œuvre des mesures pour diminuer l'*exception reporting*, et décentraliser les indicateurs.

3. Les Pays Bas : l'évolution vers un véritable « marché de la santé » libéral

a) *Politique de santé*

Le système de santé aux Pays-Bas est d'inspiration bismarckienne : il a en effet été crée en 1941 sous l'occupation allemande. Grâce à une politique stricte d'encadrement des dépenses, le coût de la santé y a longtemps été considéré comme relativement maîtrisé. Cependant, l'augmentation croissante des dépenses de santé, comme dans tous les pays industrialisés, a conduit à la réforme fondamentale de 2006, après vingt ans de préparation (98).

Cette dernière a consisté en une importante libéralisation du système et la création d'un véritable marché de la santé : l'état est responsable de la garantie et de la qualité des soins, mais n'intervient plus directement dans les dépenses de santé, qui sont gérées par des assureurs et des fournisseurs de soins privés ; il délègue aussi la surveillance globale du système à des organismes indépendants, dont l'objectif est de contrôler les relations entre les trois acteurs du marché de la santé.

On a donc assisté à une mise en concurrence régulée (99), entre caisses d'assurance maladie avec choix libre de la part des patients, et entre fournisseurs de soins. La responsabilisation des malades a été majorée par augmentation des franchises et déremboursements de certaines prestations (93), telles que contraception, soins dentaires, médicaments disponibles sans ordonnance…

Trois niveaux d'assurance se complètent aux Pays-Bas :

Un premier niveau, défini par la loi AWBZ (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten* ou « loi de dépenses médicales exceptionnelles »), existe pour tous les résidents néerlandais. Il s'agit du système permettant la prise en charge des soins chers et de longue durée. Il est financé par l'impôt, sous forme de cotisations obligatoires prélevées sur les salaires.

Un deuxième niveau d'assurance concerne les soins courants : il s'agit du ZVW (*ZorgVerzekeringsWet*). Il est financé par le souscripteur, versant une prime à la caisse de son choix, ainsi que par l'employeur. Les caisses d'assurance intervenant dans ce système sont toutes privées, et sont autorisées à faire des profits et à négocier avec les fournisseurs de soins sur le prix, le volume et la qualité des prestations : il s'agit d'une évolution majeure due à la réforme de 2006. Précédemment deux systèmes coexistaient : une caisse publique pour les deux tiers de la population gagnant le moins d'argent, avec cotisations proportionnelles aux revenus ; l'autre tiers (à revenus élevés) cotisait auprès d'assureurs privés, avec un taux variant selon les risques. Les Pays-Bas bénéficiaient ainsi d'un financement mixte public et privé unique en son genre (de plus, ce phénomène jouait également un rôle dans la rémunération des médecins généralistes, voir chapitre I.D.3.c)

Enfin le troisième niveau, volontaire et facultatif, est assimilable à une assurance complémentaire. Il concerne les soins non pris en charge par les deux premiers niveaux. Environ 90 % de la population y souscrit.

b) L'importance majeure des soins primaires

Les soins primaires sont « la fierté du système néerlandais » (100) et sont considérés comme la priorité du système de santé. Ils sont fondés sur le suivi sur le long terme, au cœur duquel se trouve le médecin généraliste.

On compte un peu moins de 5 médecins généralistes pour 10 000 habitants, soit un médecin pour 2 300 patients en 2008 (98). La profession compte 30 % de femmes (100). Il existe un *numerus clausus* aux Pays-Bas, qui a toujours été une raison de désaccord entre les médecins et les pouvoirs publics, les premiers rendant le gouvernement responsable de la pénurie actuelle de praticiens.

L'offre est essentiellement privée, avec des généralistes libéraux. Il faut noter que les spécialistes, même s'ils n'exercent qu'à l'hôpital, sont également des médecins libéraux passant des contrats avec la structure hospitalière. Il existe un important système de *gatekeeping* mis en place dès la création du système de santé en 1941 : les soins de base sont assurés par le médecin traitant, le spécialiste n'étant accessible que par référencement. Le taux d'envoi vers le spécialiste est un des plus bas d'Europe : uniquement 4 % des consultations donnent lieu à un référencement vers les soins secondaires (98). En pratique, le généraliste a donc une activité très diversifiée : 90 % de l'ensemble du panier de soins est réalisable au cabinet du médecin traitant. Il est ainsi amené à pratiquer des actes de chirurgie légère, d'obstétrique (un tiers des accouchements a lieu à domicile en 2006 (100)), ou dans le cadre de l'euthanasie, légale aux Pays-Bas. Le médecin néerlandais voit en moyenne 32 patients par jour (99), dont 5 visites à domicile (leur nombre tend actuellement à décroître).

91 % des consultations ont lieu sur rendez-vous (99). On note également un taux d'informatisation des cabinets élevés, à 80 % (98).

Le travail en groupe est de plus en plus fréquent : 50 % des omnipraticiens exercent en cabinets de 3 à 7 médecins, 30 % en groupe de 2, et 20 % travaillent seuls en 2008 (98). Près de 40 % des praticiens travaillent avec un auxiliaire de cabinet médical (99), une infirmière le plus souvent, permettant une délégation de tâches.

Les médecins se réunissent en groupe de pairs permettant la formation médicale continue : des réunions d'environ 10 confrères sont organisées, auxquelles 98 % des médecins généralistes participent (99). Elles permettent de discuter de thèmes d'intérêt commun, des recommandations de bonne pratique, et d'organiser le tableau de gardes. En effet la continuité des soins est un principe

fondamental de la médecine générale dans le pays : le patient doit pouvoir être mis en relation avec un omnipraticien à proximité 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Il s'agit là d'un des éléments d'autorégulation de la profession : les pouvoirs publics interviennent très peu dans la gestion des gardes ; dans le même ordre d'idée, le généraliste dispose d'une liberté quasi-totale de prescription. Il peut également s'installer où il le souhaite, mais en pratique il subit des pressions de la part des autres médecins en cas de tentative d'installation dans une zone déjà surmédicalisée.

Toutes ces mesures, ou plutôt l'absence de mesures, montrent un degré de confiance important des pouvoirs publics envers les médecins de premiers recours. Ce phénomène est renforcé par leur adhésion massive, à plus de 90 %, à l'Association professionnelle des médecins LHV (*Landelijke Huisartsen Vereniging*), responsable des négociations avec l'état, ainsi qu'au Collège scientifique NHG (*Nederland Huisartsen Genootschap*) (70 % d'adhésion), qui est l'organisme responsable des recommandations de bonne pratique. Les lignes directrices prônées par ce collège peuvent sembler inhabituelles pour un médecin français : les principes sont que le cours naturel des affections est d'une importance majeure, qu'une intervention non médicale est préférable à une intervention médicale, et qu'en cas de nécessité de consultation d'un médecin, la préférence doit toujours être portée au généraliste avant le spécialiste. Ces idées valent aux Pays-Bas d'être les plus faibles consommateurs de médicaments en Europe (100) : moins de deux tiers des consultations aboutissent à une prescription de drogues (98). Le niveau de santé de la population est cependant équivalent aux autres pays industrialisés…

c) La rémunération des médecins généralistes

Jusqu'à l'importante réforme de 2006, deux mécanismes de rémunération cohabitaient en fonction du régime d'assurance des patients : les malades couverts par l'assurance publique bénéficiaient de l'avance des frais, et les médecins étaient rémunérés par un système de capitation annuelle. Les patients qui disposaient d'une assurance privée, quant à eux, devaient rétribuer le praticien au terme de la consultation, sous un régime de paiement à l'acte. Ils étaient ensuite remboursés par leur assurance.

Le système mixte public/privé ayant été abrogé en 2006, les omnipraticiens néerlandais bénéficient dorénavant d'un système de rémunération mixte à la capitation et à l'acte pour l'ensemble de leurs patients. Le paiement à l'acte concerne les consultations au cabinet, les visites à domicile, et les consultations par téléphone. Des négociations concernant le nombre maximal d'actes ont lieu entre l'Association nationale des médecins généralistes (LHV), les assureurs, et le ministère de la santé. Le paiement par capitation est majoré selon l'âge et en cas d'activité en zone défavorisée. Les tarifs sont définis en fonction des revenus moyens de professions équivalentes.

Il faut également relever des incitations financières directes, pour la vaccination antigrippale des personnes âgées et la prévention gynécologique.

Certains généralistes travaillent comme salariés dans un cabinet de groupe : auparavant apanage des jeunes médecins avant leur propre installation, cette situation tend à s'amplifier, certains praticiens étant insatisfaits du rôle à la fois de soignant et de gérant qui incombe au médecin.

4. La Belgique : un système quasiment jumeau à celui de la France

a) Des bases similaires au voisin français

Le système de santé en Belgique est de type bismarckien : une assurance maladie existe pour tous les travailleurs et leurs ayant-droits, sans ajustement en fonction des risques, et financée à la fois par les travailleurs et les employeurs. La solidarité s'exerce donc entre les riches et les pauvres, et entre les malades et les bien-portants. La création de la sécurité sociale belge remonte à 1944, à la fin de la deuxième guerre mondiale. Elle se nomme INAMI : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité. L'adhésion à une des six caisses est libre mais obligatoire, le choix se faisant essentiellement en fonction des opinions religieuses ou politiques. Seuls les travailleurs du chemin de fer belge souscrivent automatiquement à la caisse dédiée. Les rapports financiers entre médecins et patients sont définis par la convention nationale, signée entre les caisses d'assurance maladie et les représentants des fournisseurs de soins. 80 % de l'ensemble des médecins sont conventionnés en Belgique (101).

Différents principes régissent le système de santé belge : il s'agit de la liberté thérapeutique des praticiens, du choix libre des patients que ce soit pour les médecins ou pour leur caisse d'affiliation à l'assurance maladie, et d'une rémunération à l'acte avec remboursement secondaire.

b) Organisation des soins primaires

La médecine générale n'a pas une place très forte dans le système de santé, et les soins primaires sont boudés par les étudiants belges : moins d'un tiers choisissent cette spécialité spontanément (102) ; de plus, un quart du quota « médecins généralistes » fixé chaque année n'est pas rempli (101). Les mêmes questionnements qu'en France se posent : la discipline n'est pas toujours mise en valeur au niveau universitaire, les conditions de travail se dégradent, et les perspectives financières sont moins attirantes que dans d'autres spécialités.

La densité est dans la moyenne haute européenne : on compte 1,15 médecin généraliste actif pour 1 000 patients en 2008 (101). Le travail en groupe n'est pas la norme : seuls 25 % des médecins de premiers recours belges ont choisi ce mode de fonctionnement.

Il n'existe pas de système de déclaration de médecin traitant en Belgique, le libre choix du praticien et le droit à une deuxième opinion faisant partie de la charte des droits du patient. Pour la même raison, il n'existe pas de réelle fonction de *gatekeeping*, les patients pouvant s'ils le désirent se rendre chez un spécialiste sans avoir consulté au préalable leur généraliste. Cependant, des incitations financières à prendre avis dans un premier temps chez son médecin de famille ont été mises en place afin de renforcer les soins primaires.

La continuité des soins est organisée au sein de cercles locaux de médecins généralistes : les astreintes et gardes, les vacances ou absences éventuelles y sont gérées.

L'Ordre des médecins est l'organisme représentatif des praticiens : il permet l'autorégulation de la profession, et assure la définition et le respect des règles de bonne conduite. Il est aussi responsable des sanctions disciplinaires en cas de besoin. Chaque médecin doit y être inscrit dans la région où il exerce.

Un système d'accréditation des médecins traitants existe en Belgique : depuis la loi du 14 juillet 1994, les pratiques médicales, les FMC, la participation à l'évaluation des pratiques, et les règles de bonne prescription sont analysées. Elles donnent droit à des récompenses financières (augmentation du prix des actes, indemnités annuelles) en cas de pratique de qualité. Pour se faire, un Conseil national pour la promotion de la qualité a été crée en 2002. Les médecins bénéficient également de recommandations de bonne pratique et de *feedback* sur leur activité.

c) La rémunération des médecins généralistes

Elle se fait depuis une cinquantaine d'années très majoritairement à l'acte : les prestations sont facturées en fonction de la nomenclature, qui recense plus de 8 000 services différents en 2010 (103). Il existe comme en France des majorations en cas de visites à domicile, en cas d'urgence ou selon l'âge des patients (101).

Les prestations sont payées par le patient, et lui sont remboursées secondairement par la caisse d'assurance maladie. Il existe cependant un système de tiers payant, pour la délivrance des médicaments ou pour les soins hospitaliers notamment, ou encore pour les populations les plus défavorisées.

Parallèlement à ce mode de rémunération se développe depuis 1984 un nouveau système de financement forfaitaire : il s'agit d'une rémunération à la capitation. Elle concerne environ 2 % des médecins en 2010 (104), travaillant uniquement en maison médicale. Il faut noter que les patients et les médecins qui ont choisi ce mode de fonctionnement ne peuvent pas dans le même temps bénéficier du système général de paiement à l'acte : les deux modes sont exclusifs l'un de l'autre. Les

patients ne peuvent donc consulter (hors urgences) que des médecins rémunérés à la capitation. Ils bénéficient en contrepartie de la dispense totale d'avance des frais pour les prestations réalisées par leur généraliste.

Quatre forfaits différents sont possibles selon les caractéristiques sociales et les revenus des patients. La capitation de base est calculée en fonction du coût moyen de l'année passée pour un bénéficiaire du système de paiement à l'acte de même catégorie. S'y rajoutent des majorations à hauteur de 31 % : 10 % en raison d'une surreprésentation de certaines catégories défavorisées dans le système à la capitation, qui nécessite une plus forte charge de travail, et 21 % pour récompenser les économies que le système est supposé réaliser.

164 000 patients bénéficiaient de ce mode de fonctionnement, suivis par 80 maisons médicales en 2007 (104). Leur nombre va croissant : elles sont 99 en 2009 (101).

La rémunération des gardes et astreintes de nuit, week-ends et jours fériés se fait également par un forfait de 12 ou 24 heures.

D'autres forfaits existent, disponibles à la fois pour le système du paiement à l'acte et pour celui à la capitation : un forfait destiné à récompenser la bonne gestion du dossier médical global, à hauteur de 1 000 € en 2008 (101). Des sommes d'argent sont également allouées en cas de travail en groupe, dont la finalité est de prendre en charge la moitié du salaire d'un employé de la structure. On peut également citer un forfait pour les praticiens qui disposent d'un logiciel informatique agréé (750 € par an en 2008 (101)), et d'autres en cours de développement, pour les maladies chroniques : il s'agit de contrats de quatre ans passés entre un patient atteint d'une maladie chronique et son médecin traitant, devant aboutir à une prise en charge conforme aux recommandations. Ces forfaits (environ 80 € par an et par patient en 2009) concernent actuellement uniquement l'insuffisance rénale chronique et le diabète de type 2.

Ces modes de rémunération innovants restent cependant encore marginaux en Belgique, la très grosse majorité des revenus des omnipraticiens se faisant par paiement à l'acte.

Dans l'avenir, des aides financières destinées aux médecins traitants exerçant seuls devraient également voir le jour, afin d'améliorer l'attrait de la profession. Il est également prévu de créer une consultation de prévention, ayant lieu tous les trois ans, et totalement remboursée pour les patients disposant d'un dossier médical unique. Un forfait de 10 € par patient intégré dans ces programmes sera dédié au médecin traitant. Le conseil national pour la promotion de la qualité définira des objectifs mesurables pour chaque groupe cible.

5. Les pays nordiques (Danemark, Suède, Finlande) : un système public très décentralisé

a) Des principes fondateurs communs

Les trois pays nordiques ont un système de santé semblable, raison pour laquelle ils sont traités ensemble. Ils possèdent notamment des principes fondateurs communs (105) : une couverture et un accès universels aux soins, un financement par l'impôt, une très forte prédominance du secteur public, une structure décentralisée au niveau régional, et une politique sanitaire très active en matière de prévention et de promotion de la santé. Il s'agit donc de systèmes nationaux de type bévéridgien, issus du modèle britannique : l'équité, la solidarité et l'accès pour tous les citoyens y sont favorisés.

Le financement est majoritairement public, issu de prélèvements effectués sur les salaires, les cotisations sociales ne représentant qu'environ 10 % de l'ensemble du financement. Les pays nordiques ont cette particularité que l'impôt est levé directement par les comtés et les municipalités, qui sont les structures locales effectrices du système sanitaire. En effet, l'État propose les lignes directrices et gère les orientations générales en matière de santé publique, d'autorisations de mises sur le marché des médicaments… La planification et le financement de l'offre de soins au niveau local sont ensuite laissés à l'appréciation des comtés (régions) au Danemark et en Suède, et des municipalités en Finlande. Ces structures représentent ainsi les véritables pivots du système de santé. La flexibilité est importante, permettant une marge de manœuvre appréciable selon les particularités locales.

Le Danemark se divise ainsi en 5 régions et 98 municipalités (106), la Suède en 21 comtés et 290 municipalités (107) et 6 régions et 415 municipalités pour la Finlande (108).

Cette particularité fait la force et la faiblesse du système de santé nordique : force parce que l'offre de soins est adaptée de manière intime aux besoins de la population locale ; faiblesse en raison des importantes variations sanitaires relevées entre les différentes régions.

Les pays nordiques se caractérisent par un niveau très élevé de protection sociale. Les soins sont quasiment gratuits hormis quelques tickets modérateurs ; l'assurance maladie privée est quasiment nulle, et ne représente que 1 à 2 % des dépenses de santé (106, 108, 109). Elle est cependant en augmentation, visant notamment à pallier l'important problème des listes d'attente, comme pour les actes de chirurgie programmée.

b) Organisation des soins primaires

Elle est variable, à la fois entre les trois pays, et à l'intérieur de chaque pays entre les différents comtés et municipalités. Certains traits sont néanmoins communs : un système de *gatekeeping* pour

les soins secondaires, une déclaration du médecin traitant, une installation soumise à l'autorisation des structures locales, une tendance à la diminution des effectifs médicaux avec pour conséquence l'augmentation des étudiants admis en école de médecine, et des problèmes de disponibilité et de listes d'attente propres aux systèmes de santé nationaux.

Au Danemark, les médecins généralistes exercent dans un cadre libéral mais sont rémunérés par le service national de santé (106).

Environ un tiers d'entre eux exerce seul, et deux tiers en groupe. Chaque omnipraticien soigne en moyenne 1 600 patients, la législation limitant à 2 100 le nombre de patients pouvant être inscrits sur la liste d'un généraliste (106). Les danois peuvent choisir un médecin traitant dans un rayon de dix kilomètres autour de leur lieu d'habitation, et ont la possibilité d'en changer tous les six mois (106). 99 % des danois sont inscrits sur la liste d'un médecin généraliste. Les patients ayant fait le choix de ne pas figurer sur la liste d'un praticien peuvent consulter celui qu'ils veulent, mais ils bénéficient alors d'un remboursement moindre.

En cas de souci de santé non urgent, un patient doit pouvoir bénéficier d'une consultation avec son médecin traitant dans un délai inférieur à une semaine.

En Suède et en Finlande, les médecins généralistes exercent en centres de santé primaires multidisciplinaires, en collaboration avec des infirmières, des kinésithérapeutes et des sages-femmes (ainsi que des travailleurs sociaux en Finlande). Une première consultation a lieu avec l'infirmière, qui dispose d'un rôle d'orientation important : elle décide quels patients doivent être vus par le médecin, et peut même en Finlande les adresser directement vers les soins secondaires.

La disponibilité n'est pas toujours optimale : en Suède un rendez-vous avec un médecin peut être obtenu le jour même dans seulement la moitié des cas, et dans 80 % des cas dans la semaine (110). Au 1er novembre 2005, une nouvelle garantie a été mise en place pour résoudre ce problème. Elle se nomme 0-7-90-90 : un patient doit pouvoir bénéficier d'un contact avec le système de santé sans délai, d'une consultation avec un médecin généraliste sous 7 jours, avec un spécialiste sous 90 jours, et d'un diagnostic avec un traitement adapté également en moins de 90 jours. Ces délais assez importants peuvent s'expliquer par le fait que les médecins généralistes suédois ont les horaires de travail les plus courts de toute l'Europe : en moyenne 40 heures par semaine (110). C'est en partie pour contrer les délais d'attente qu'une nouvelle offre de soins, privée, se développe en Suède : environ 15 % des omnipraticiens sont dorénavant privés (107), leur nombre étant régulé par les comtés.

En Finlande trois systèmes de santé coexistent : le système de la municipalité, gratuit et public, le système privé, permettant un choix libre de praticien et l'absence de liste d'attente, et le système professionnel géré par l'employeur, gratuit et sans attente.

c) Rémunération des médecins généralistes

Les pays nordiques ont depuis longtemps pris en compte les incitations propres à chaque mode de rémunération. Cela a aboutit à des schémas mixtes permettant de combiner au mieux les avantages et de modérer les inconvénients de chaque méthode.

Au Danemark, les médecins exercent dans un cadre libéral, mais sont rémunérés par le service national de santé : des contrats sont passés entre les comtés et l'Association des médecins (111). Le choix s'est porté sur une mixité alliant paiement à l'acte et capitation : la rétribution dépend pour environ deux tiers de l'activité des médecins (112), en fonction des consultations, des visites, et des actes spécifiques réalisés, et pour le tiers restant du nombre de patients inscrits sur la liste du praticien, sans ajustement aux risques.

Il faut également noter que dans le cadre du paiement à l'acte, des majorations sont accordées pour toutes les consultations de prévention : visites prénatales, examens de prévention, vaccinations des enfants, consultations de prévention des facteurs de risque cardio-vasculaire ou encore visites à domicile de prévention deux fois par an pour toutes les personnes âgées de 75 ans et plus…

En Suède, le schéma associe la capitation et le salariat (109) pour les généralistes du secteur public : la rémunération prend pour moitié la forme d'un salaire fixe versé directement par les comtés et les municipalités, et pour l'autre moitié une capitation selon le nombre de patients inscrits.

Pour les 12 % de généralistes exerçant en centre de santé privé et les 7 % exerçant en libéral (109), la rémunération consiste en un mélange de capitation, salariat, et paiement à l'acte (107).

Enfin, en Finlande, la situation varie selon les municipalités : celles qui ont instauré le système du médecin référent voient leurs praticiens rémunérés par environ 60 % de salariat, 20 % de capitation (avec variation du forfait en fonction du sexe et de l'âge), 5 % de paiement à l'acte, le reste étant variable selon des arrangements locaux (primes…) (109). Lorsque le système de médecin référent n'est pas mis en place, la rémunération consiste en un salariat agrémenté de quelques actes (108).

d) *Évolution actuelle*

L'évolution cherche à contourner les problèmes montrés du doigt dans les pays nordiques : les systèmes de santé très décentralisés aboutissent à une difficulté de coordination, et à une qualité des soins inégale selon les endroits. C'est pourquoi une certaine recentralisation voit le jour, comme par exemple au Danemark avec le changement concernant la levée d'impôts, qui passe du niveau régional au niveau national avec redistributions secondaires (106), ou en Suède avec la création de régions médicales rassemblant plusieurs comtés afin de mieux gérer l'offre de soins (107).

Le problème des listes d'attente, propres aux systèmes de santé où l'universalité et la gratuité des soins aboutissent nécessairement au rationnement quantitatif, est également important. Différentes mesures ont été prises dans les pays nordiques pour contrer ce phénomène, tels que la création de structures privées de soins primaires dans les grandes villes, permettant à une partie de la population d'échapper aux délais d'attente (109), la possibilité de pouvoir s'adresser à l'hôpital de son choix en cas de délais trop importants, ou les engagements des pouvoirs publics sur les attentes.

6. Les autres pays européens

Nous avons déjà étudié le fonctionnement de plusieurs pays, dont certains frontaliers de la Lorraine. Le but de ce travail n'est pas de développer les situations des différents états européens de manière exhaustive… Nous ne poursuivrons ainsi que par quelques lignes concernant d'autres états.

Certains pays continuent à rémunérer leurs médecins généralistes quasiment en totalité par paiement à l'acte, comme par exemple le Luxembourg (113) ou la Suisse (19).

Le salariat est le mode de rémunération prépondérant dans les pays méditerranéens : il s'agit du mécanisme quasi exclusif en Grèce ; en Espagne, il s'y ajoute une composante de capitation à hauteur de 15 %, et une part de paiement à la performance à hauteur de 10 % (114). Les médecins généralistes espagnols partagent avec les suédois le record d'Europe de la plus petite durée de travail hebdomadaire : 40 heures en moyenne (115).

Les omnipraticiens portugais sont rémunérés par salariat, dépendant essentiellement de leur ancienneté. Un nouveau schéma complexe existe néanmoins depuis 1999 (116), auquel participent 12 % des praticiens : il s'agit d'une base fixe par salariat et capitation, à laquelle s'ajoute du paiement à l'acte pour certaines prestations telles que visites à domicile ou chirurgie mineure, une rémunération à la performance pour des objectifs de prévention, et enfin certaines sommes par épisodes de soins (femmes enceintes par exemple).

En Italie la capitation (114), à hauteur de 50 € par patient et par an, représente 70 % de l'ensemble de la rémunération des médecins généralistes. Le reste se répartit en trois parts égales : un paiement à la performance selon des objectifs liés aux programmes régionaux, des subventions aux investissements, et un paiement à l'acte pour les vaccins, visites à domicile, certificats médicaux, chirurgie légère…

L'Islande rétribue par salariat, auquel s'ajoute un paiement à l'acte uniquement pour les services réalisés pendant les heures de garde (113).

La Norvège a un schéma combinant 30 % de capitation et 70 % de paiement à l'acte (117).

Les médecins autrichiens sont rémunérés pour moitié par un mélange de capitation et salariat, et pour l'autre moitié par un paiement à l'acte dont la nomenclature varie en fonction des caisses d'assurance maladie (113).

La Hongrie a un schéma légèrement différent (113) : une première partie consiste en une capitation avec un nombre limité de patients. Des points sont attribués selon l'âge des malades, et l'expérience et les qualifications du médecin généraliste. Une deuxième partie est représentée par un salaire variant selon la localisation et la taille du cabinet. Enfin, un système de paiement à l'acte est mis en place pour les patients non inscrits sur la liste du praticien.

En République tchèque, les examens de prévention et les visites à domicile sont payés selon un barème à l'acte. Cela représente environ 30 % du revenu des médecins généralistes. Le reste consiste en une capitation avec nombre restreint de patients, et ajustée selon l'âge (113).

Les médecins polonais sont quant à eux rémunérés uniquement par un système de capitation avec trois catégories d'âge : moins de 6 ans ; entre 7 et 64 ans ; et plus de 65 ans (118).

Ce rapide tour d'Europe montre qu'il existe quasiment autant de schémas de rémunération que de pays européens… Chaque état au cours de son évolution et en fonction de son contexte socioculturel, de ses choix dans la politique sanitaire, des revendications de ses médecins et de sa population, a été amené à modifier réforme après réforme les modes de rémunération des médecins généralistes.

Une tendance se dessine cependant dans la plupart des pays : la rémunération est de plus en plus souvent mixte. Ceci peut sembler logique au vu des différentes incitations véhiculées par chaque mode de rétribution (voir chapitre I.B).

Mais qu'en est-il des niveaux de rémunération ? Comment ces derniers varient-ils en France et en Europe, et sont-ils dépendants du mode de rémunération choisi ?

E. Niveaux de rémunération

1. En France

a) *Quelques notions préalables indispensables*

Les médecins généralistes libéraux exercent une activité indépendante et reçoivent au titre de celle-ci des honoraires. Différentes notions doivent être définies afin de mieux préciser le sujet abordé (119) :

Les honoraires totaux représentent l'ensemble de la rémunération annuelle du médecin au titre des actes et services accomplis durant l'année.

À ces honoraires totaux est appliqué un taux de débours et rétrocessions de 3,5 % en moyenne (4) : il s'agit des sommes payées par le professionnel à la place de ses patients (comme un chèque sans provision par exemple), et des honoraires rétrocédés à d'éventuels remplaçants pendant l'année. On obtient ainsi les honoraires nets.

Il convient ensuite de retirer de cette somme les charges, composées des loyers, dépenses de personnel (secrétaires, femmes de ménage…), matériels, mais aussi des impôts, taxes et cotisations sociales personnelles du praticien, des amortissements et des pertes diverses... Une fois ce taux de charges appliqué aux honoraires nets, on obtient les revenus nets annuels du médecin, avant impôts sur le revenu, et qui correspondent globalement au salaire net des travailleurs employés.

Ces données ne comptabilisent que l'activité libérale ; hors on sait que de nombreux omnipraticiens, 10 à 33 % selon les études (4, 120, 121), perçoivent un salaire. Ceci peut entraîner des erreurs dans l'estimation des revenus globaux des médecins généralistes.

Différentes sources sont utilisées pour étudier les revenus des médecins : quasiment tous les ans, la DREES réalise une publication sur le sujet (75) dans sa collection « Études et Résultats ». Elle utilise pour cela les informations issues du SNIIRAM, un système élaboré par la CNAMTS, qui permet de recueillir au niveau national toutes les activités libérales qui ont été remboursées par l'Assurance Maladie. Les données sont croisées avec celles de la DGFiP : les taux de débours et de rétrocessions, ainsi que les taux de charges sont notifiés sur la déclaration contrôlée des BNC (formulaire 2035). On peut ainsi obtenir le revenu net moyen par praticien. Cependant, les déclarations BNC d'une année ne sont consultables par la DREES que deux ans après l'année en question, après vérification par l'INSEE. C'est la raison pour laquelle il existe toujours un décalage d'au moins deux ans entre une année et la publication de l'étude s'y rapportant.

La DREES prend en compte les médecins ayant reçu au moins un euro d'honoraires au cours de l'année, alors que la CNAMTS se réfère aux médecins APE (5), c'est-à-dire aux médecins Actifs à Part Entière : il s'agit des praticiens qui ne travaillent pas à l'hôpital à temps plein, qui sont conventionnés, qui ne se sont pas installés dans l'année, qui n'ont pas 65 ans ou plus au cours de l'année, et qui continuent d'exercer. 96 % des médecins du SNIIRAM sont ainsi étudiés par la DREES (5, 119). Cette différence de méthodologie peut être responsable de légères variations entre les publications issues de la DREES et celles de la CNAMTS.

Une autre différence peut exister entre les multiples études se rapportant aux revenus : les prix peuvent être exprimés en monnaie constante ou en monnaie courante (119). La monnaie constante (euros constants le cas échéant en France) représente la monnaie corrigée de l'inflation des prix, mesurée par l'indice des prix à la consommation de l'INSEE. Les euros courants quant à eux, représentent la valeur de la monnaie de l'année non corrigée.

Enfin, les omnipraticiens représentent un groupe hétérogène, certains médecins étant uniquement généralistes et d'autres exerçant également selon un MEP, tels que l'acupuncture ou l'homéopathie. Les revenus moyens diffèrent légèrement si l'on considère l'ensemble des omnipraticiens ou seulement les médecins généralistes.

b) Niveaux de revenus des médecins généralistes français

(1) Niveaux de revenus actuels

Les bases Éco-Santé en ligne (122), issues de la collaboration entre différents organismes tels que l'IRDES, la DREES, ou l'Assurance Maladie, permettent une mise en relation de différentes données concernant la santé, et notamment la rémunération des médecins, en fonction des années et des régions. Elles constituent ainsi un outil remarquable d'évaluation et de suivi des revenus des praticiens.

En France en 2009, les honoraires totaux moyens par omnipraticien s'élevaient à 133 565 € courants par an (122), soit 11 130 € par mois (125 061 € annuels, ou 10 421 € par mois en euros constants). Nous parlons bien ici des honoraires totaux, avant application des taux de débours et rétrocessions, et du taux de charges. Le revenu libéral moyen net par omnipraticien est quant à lui estimé à 71 300 € annuels en 2010 (75), soit 5 941 € par mois.

Un omnipraticien effectue en moyenne 4 075 consultations, et 562 visites à domicile par an. Les frais de déplacement comptent pour 0,4 % du total de la rémunération (485 € courants) (122).

On peut remarquer que si l'on considère uniquement les généralistes et non plus l'ensemble des omnipraticiens, c'est-à-dire si on soustrait les médecins à MEP, les honoraires totaux moyens par médecin, le nombre d'actes et le pourcentage de visites à domicile augmentent légèrement.

La Lorraine se situe au-dessus de la moyenne nationale (122) : les honoraires moyens à l'année par omnipraticien APE s'élèvent à 144 240 € courants (12 020 € par mois). Ceci est du à une moyenne annuelle de consultations plus élevée, 4 646 par an, ainsi qu'à une majoration des visites à domicile : 572 par an. Les médecins des départements à tendance rurale, Vosges et Meuse, ont une activité plus importante que ceux de Moselle et Meurthe-et-Moselle.

Les revenus des médecins généralistes se composent des consultations, visites à domicile et frais de déplacement pour environ 88 % du total (5). 6,5 % proviennent de forfaits, soit en moyenne 8 170 € annuels (75). Le reste est représenté par les actes techniques, et le début de la rémunération à la performance par l'intermédiaire des CAPI : deux tiers des médecins signataires ont reçu en moyenne 3 100 € en 2010 (75). Les dépassements d'honoraires représentent quant à eux 4 % de l'ensemble des revenus des omnipraticiens, contre 12 % pour l'ensemble des médecins (75).

La médecine générale reste une des spécialités les moins rémunérées : en 2007, les honoraires totaux par omnipraticiens APE étaient de 133 700 € courants, avec un revenu net moyen estimé à 66 800 € annuels (123). Les revenus moyens de l'ensemble des médecins spécialistes s'élevaient quant à eux à 109 400 € annuels, avec des différences importantes : celui des radiologues était estimé à 202 800 €, contre 57 500 € pour celui des psychiatres (123).

La dispersion entre médecins généralistes est importante (voir Annexe 12) : on note des écarts de un à quatre selon les omnipraticiens (4), voire plus si on considère les valeurs extrêmes. Ceci est dû à une forte disparité de temps de travail (voir annexe 13) : si la moyenne est de 57 heures de travail hebdomadaires (3), en comptant également les temps de gestion, secrétariat, formation…, certains praticiens déclarent travailler moins de 36 heures par semaine, alors que d'autres sont à plus de 85 heures… Entre autres exemples, le fait de travailler en zone rurale majore le temps de travail hebdomadaire de 4 heures en moyenne, alors que les femmes travaillent en moyenne 6 heures de moins que les hommes. Le fait de participer à la permanence des soins ou à une activité extérieure au cabinet augmente également le temps de travail hebdomadaire, travailler en groupe ou appartenir aux médecins de moins de 45 ans la minore.

D'autres facteurs sont impliqués dans la dispersion des honoraires des médecins généralistes, tels que l'année d'installation ou la densité médicale du département où se situe le cabinet (124).

(2) Évolution récente

Les honoraires totaux par omnipraticien croissent depuis de nombreuses années (voir annexe 14) : ils ont augmenté d'environ 1,47 % par an et par médecin généraliste entre 1990 et 2004 (4). La dispersion a diminué sur la même période, en raison de l'augmentation de l'activité des femmes médecins, et parce qu'en terme de démographie médicale, moins de praticiens étaient en début de carrière (124).

La tendance à l'augmentation des honoraires totaux semble cependant s'infléchir : le taux de croissance est passé de +1,9 % en 2008, à +1,2 % en 2009, et même +0,5 % en 2010 (75) en euros courants.

A ces chiffres doit être reporté le taux d'inflation, +1,5 % en 2010. Il en résulte une stabilité voire un recul des gains des omnipraticiens en euros constants ces dernières années (75) (voir Annexe 15), c'est-à-dire une stagnation de leur pouvoir d'achat.

c) Macro-économie

Les dépenses liées à la rémunération des médecins généralistes représentent une somme relativement modeste au niveau national : sur les 166,6 milliards d'euros dépensés au titre de l'Assurance Maladie en 2011, 77 milliards l'ont été au titre des soins de ville (15). Notons d'ailleurs que ce chiffre représente 340 millions d'euros de moins que le sous-objectif voté en LFSS, essentiellement grâce à la dépense liée aux consultations des généralistes, moins importante que celle initialement prévue (15).

Sur ces 77 milliards dépensés au titre des soins de ville, seuls 8,4 % sont liées à la rémunération des médecins généralistes (contre 13,7 % pour les spécialistes) (15). Les produits de santé représentent à eux seuls 36,6 % des soins de ville, les indemnités journalières 14,3 % et les honoraires des paramédicaux 11,2 %. Le reste se répartit entre les honoraires des dentistes et des sages-femmes, les frais de transports et les dépenses liées aux analyses de biologie médicale.

Les honoraires des médecins généralistes contribuent ainsi pour environ 4 % des dépenses de l'Assurance Maladie, et ce malgré une augmentation de 5,7 % en 2011, liée à la revalorisation de la consultation de 22 à 23 euros au 1er janvier 2011, et à l'épidémie de grippe 2010-2011 survenue seulement à partir de janvier 2011 (15). Ce chiffre n'est évidemment pas négligeable, mais il faut tout de même le relativiser par rapport à celui des établissements de santé par exemple (72,6 milliards en 2011, soit 43,5 % des dépenses de l'Assurance Maladie (15)).

2. Comparaisons internationales

Elles sont très délicates pour plusieurs raisons : tout d'abord les monnaies peuvent être différentes selon les pays, y compris en Europe. Le Royaume-Uni par exemple a conservé ses livres sterling. Une monnaie standardisée ajustée pour la parité des pouvoirs d'achat, les PPPs (*Purchasing Power Parities*), est parfois utilisée afin de permettre les comparaisons internationales (113, 125). D'autre part, les données disponibles ne se rapportent pas toujours à la même année, selon les méthodes et les choix de recueil de chaque pays. Les temps de travail, pouvant varier énormément selon les états, posent également un problème de comparabilité. Enfin, les résultats sont fréquemment exprimés en revenu annuel brut (honoraires totaux), mais les taux de charges et les cotisations sociales et impôts peuvent être tout à fait différents d'un pays à l'autre (4, 113).

Certains points sont néanmoins retrouvés dans la plupart des études et publications sur le sujet :

Tout d'abord les médecins généralistes sont une des professions les mieux rémunérées dans les pays développés (72).

Dans quasiment tous les pays, exceptions faites de l'Allemagne et du Portugal, les revenus des médecins généralistes sont inférieurs à ceux des spécialistes (4).

Les revenus ont augmenté dans tous les pays de l'Europe de l'Ouest ces dernières années (4).

Le mode de rémunération ne peut expliquer les différences de revenus à lui seul (125) : par exemple les médecins généralistes islandais ont des revenus 90 % plus élevés qu'en Finlande (113), alors que ces deux pays rémunèrent majoritairement leurs omnipraticiens par salariat. Les revenus dépendent ainsi essentiellement de la politique nationale en la matière. Les généralistes des pays présentant un système de *gatekeeping* semblent cependant avoir des revenus plus élevés que ceux des états ne l'ayant pas mis en œuvre (125).

Les médecins de certains pays limitrophes présentent parfois des différences de revenus significatives. C'est ainsi que les omnipraticiens luxembourgeois ont une rémunération 30 % plus élevée que leurs confrères français (113).

L'évolution récente la plus marquante est celle des médecins généralistes britanniques : ces derniers occupent dorénavant les toutes premières places dans la hiérarchie des revenus en Europe. Ceci est dû pour beaucoup à la politique de revalorisation de la médecine générale appliquée, avec injection de 1,25 milliard d'euros pour la mise en œuvre du *new*GMS et du QOF. Les revenus nets des omnipraticiens anglais ont ainsi augmenté de 60 % entre 2002 et 2006 (50), passant de 70 000 £ (87 500 €) à 114 000 £ (142 500 €). Le QOF représente dorénavant environ 25 % des revenus des généralistes anglais (57).

Le site de l'OCDE, et notamment sa partie statistique (126), présente les données les plus récentes concernant divers marqueurs économiques. Il permet de comparer les revenus des médecins généralistes dans les pays membres de cette organisation, en monnaie locale, en dollars, mais également en fonction du salaire moyen du pays. Cela permet de mieux se rendre compte du niveau de vie des omnipraticiens à l'intérieur de chaque état. La partie haute du classement est représentée par l'Allemagne (3,7 fois le salaire moyen), le Royaume-Uni (3,55 fois) et les Pays-Bas (3,5 fois). La France présente un rang plutôt médiocre au niveau européen (2,12 fois).

F. Conclusion

Nous venons d'analyser les différents modes de rémunération des médecins généralistes, ainsi que les incitations générées par chacun d'eux.

L'évolution des situations, en France et en Europe, nous prouve que les pouvoirs publics prennent de plus en plus conscience de la nécessité de mixité dans la rétribution des omnipraticiens : il semble se dégager un consensus vers la diversification des modes de rémunération, afin de combiner les influences positives, et limiter les impacts négatifs, de chacun d'eux ; et ce d'autant que les revenus ne sont pas directement liés aux méthodes de rétribution choisies, et qu'être médecin généraliste reste lucratif, quel que soit le mode utilisé, dans la plupart des pays étudiés.

Les patients, troisième membre de l'équation demandeur-offreur-payeur, semblent oubliés dans les débats entre les médecins et les pouvoirs publics. Que pensent-ils de la rémunération et des revenus de leur médecin traitant ? Nous essayerons de le découvrir à travers une enquête quantitative.

D'autre part, peu de publications s'intéressent aux opinions et représentations, aux sentiments des omnipraticiens face à leurs niveaux et modes de paiement. On sait simplement, d'un point de vue quantitatif, que 62 % des médecins généralistes seraient favorables à des modes de rémunération différents du paiement à l'acte, ou que la moitié environ aimerait une proportion plus importante de forfaits (123). De la même manière, une enquête réalisée par l'ISNAR-IMG conclut que les jeunes médecins sont plutôt favorables à une diversification de leur mode de rémunération (127). Nous tenterons pour notre part d'analyser les avis des omnipraticiens de manière plus qualitative.

II. Étude quantitative auprès des patients

A. Matériel et méthodes

1. Choix de la méthode

L'objectif était d'évaluer quantitativement l'idée que se font les patients des revenus et du temps de travail des médecins généralistes, leur satisfaction vis-à-vis du paiement à l'acte, et leurs opinions face aux autres modes de rémunération.

La population générale ne possédant ni le savoir ni le vécu nécessaires pour répondre de manière détaillée aux questions, une enquête très précise a rapidement été exclue. Nous avons opté pour une étude quantitative par questionnaire. En effet, cette technique permet d'évaluer les connaissances des personnes interrogées sur un sujet donné, mais aussi de coder, standardiser et comparer les informations.

2. Matériel

a) Élaboration du questionnaire

Il a été construit à partir des données bibliographiques vues dans la première partie, et d'entretiens exploratoires informels avec des patients réalisés lors de nos remplacements : cela permettait de préciser les questions que se posent les individus eux-mêmes. Il devait être court afin que l'on puisse y répondre en quelques minutes, et les questions devaient être simples et compréhensibles. Le questionnaire nous permettrait de connaître quelques caractéristiques de l'enquêté, et d'apprécier ses connaissances et ses opinions à la fois sur les revenus des médecins généralistes et sur les différents modes de rémunération de ces derniers.

Différentes étapes ont été nécessaires dans sa construction, avec plusieurs modifications apportées après avis de notre directeur de thèse mais aussi après des tests effectués sur des personnes de notre entourage et sur certains patients. Nous avons également bénéficié de l'aide de Madame Kossar HOSSEINI, du Service d'Épidémiologie et Évaluation Cliniques du CHU de Nancy. Cela a

permis d'aboutir au questionnaire définitif, qui n'a plus été modifié une fois le recueil débuté (voir annexe 16).

La première partie de celui-ci se rapportait à des données administratives permettant de connaître le profil sociodémographique de l'individu : âge, sexe, lieu d'habitation et niveau d'études. La deuxième visait plus particulièrement le niveau de revenus des médecins généralistes à travers 5 questions. La dernière partie concernait les modes de rémunération grâce à 7 questions dont une facultative. Cette ultime partie était plus délicate à traiter : les notions de paiement à la capitation ou à la performance étant vraisemblablement mal connues de la population générale, il nous fallait les définir succinctement lors de la réalisation de l'enquête. Il a donc été décidé de rédiger un paragraphe visant à expliquer ces modes de rémunération, à utiliser en cas de besoin.

Le questionnaire comporte 16 questions au total. Celles-ci ont été rédigées en utilisant le libellé le plus simple possible pour pouvoir être comprises de tous. Nous avons privilégié les questions fermées : elles représentent 11 des 16 questions. La plupart sont de type multichotomiques à réponse unique. Cela permet une rapidité de réponse au questionnaire et facilite par la suite son exploitation. Six d'entre elles sont réalisées grâce à une échelle de Likert, permettant aux individus de graduer leurs réponses. Une possibilité de réponse par « je ne sais pas » a fréquemment été laissée au répondeur. Trois questions ouvertes numériques ont également été posées, afin d'appréhender les connaissances des personnes interrogées sur les revenus et le temps de travail des omnipraticiens ainsi que leur opinion sur les revenus idéaux d'un médecin travaillant 35 heures.

Une question ouverte de type texte a été utilisée comme commentaire libre en fin de questionnaire. Elle vise à connaître les opinions de ceux ayant estimé avoir un mot à dire sur les revenus et les modes de rémunération des médecins généralistes. Le cadre est volontairement très large : nous avons souhaité permettre aux individus d'exprimer leur sentiment général sur le thème.

Pour l'exploitation des données, un masque de saisie a été créé avec le logiciel Sphinx Plus^2 V5.

b) Population étudiée

(1) Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion retenus étaient les suivants : être un patient de médecin généraliste, majeur, français. Tous les sujets présentant ces trois critères étaient susceptibles de répondre au questionnaire.

(2) Critères d'exclusion

Étaient exclus les personnes qui se jugeaient être dans l'incapacité intellectuelle de répondre aux questions et/ou qui refusaient de répondre au questionnaire, ou ceux ne parlant et/ou ne comprenant

pas suffisamment le français : en effet les barrières linguistiques auraient abouti à un manque de compréhension et des réponses non exploitables, d'autant que certains termes utilisés dans le questionnaire n'étaient pas d'usage courant.

(3) Nombre de personnes interrogées

Cette enquête étant une description de l'opinion des patients, la meilleure façon de faire était d'avoir un échantillon représentatif de cette population. Cependant dans le cadre de l'étude il n'était pas possible de constituer un tel échantillon : il nous aurait fallu avoir accès à une base de données répertoriant les patients. L'enquête a donc été effectuée auprès d'individus interrogés de façon aléatoire. Nous avons choisi le nombre de 100 individus à inclure dans cette partie descriptive.

c) Déroulement de l'enquête

(1) Lieux d'enquête

L'enquête a été réalisée sur des lieux publics. Environ un tiers des questionnaires ont ainsi été recueillis sur chacun de ces trois lieux : une grande rue piétonne et commerçante à Metz, un marché d'une petite ville de Meurthe-et-Moselle, et sur le parking d'une enseigne de grande distribution de la ZAC de Moulins-Lès-Metz.

(2) Période d'enquête

L'enquête s'est déroulée entre le 26 mars 2012 et le 21 avril 2012 : la totalité des questionnaires a été remplie en un peu moins d'un mois.

Il faut noter que cette période correspond à la campagne électorale présidentielle, les deux tours de l'élection ayant eu lieu le 22 avril et le 6 mai 2012.

(3) Réalisation de l'enquête

Les passants étaient arrêtés dans les lieux choisis, de manière aléatoire : la première personne passant à proximité était approchée et la conversation s'engageait. Après avoir vérifié qu'elle correspondait bien aux critères d'inclusion, nous précisions le but de l'enquête, le cadre dans lequel nous la réalisions, et nous l'assurions du caractère totalement anonyme de ce qu'elle pourrait nous dire (voir Annexe 17).

Après accord de celle-ci, les questions étaient posées une par une en donnant le cas échéant les différentes possibilités de réponses, ainsi que les éventuelles précisions si nécessaires (notamment pour les questions se rapportant à la capitation ou au paiement à la performance).

(4) Saisie et exploitation

Les données ont été saisies via le masque crée sous Sphinx Plus^2 V5. Les analyses statistiques ont été effectuées avec le même logiciel : les moyennes et leur écart-type, les médianes et les proportions étaient calculés, respectivement pour les variables quantitatives et qualitatives. Les résultats ont été présentés le cas échéant sous forme de tableaux ou de figures adaptés. Pour les comparaisons statistiques, un test t de Student pour les variables quantitatives, et un test de Chi-2 pour les variables qualitatives, ont été utilisés. Le seuil de significativité du risque alpha retenu était de 5 % (p = 0,05).

B. Résultats

1. La réalisation de l'enquête

La durée de réalisation du questionnaire a varié entre 2 et 9 minutes, avec une moyenne aux alentours de 5 minutes. Certains ont été très à l'aise pour répondre aux différentes questions, d'autres ont été plus lents. Quelques individus ont pris du temps pour calculer un revenu moyen en fonction du tarif de la consultation, de leur estimation du nombre d'heures de travail et du nombre de patients traités par heure. La plupart ont semblé intéressé par le thème de l'étude.

2. Statistique descriptive

a) Données sociodémographiques

(1) Âge

Les personnes interrogées ont entre 18 et 88 ans. La moyenne d'âge est de 46,38 ans (± 16,17 ans) et la médiane de 45,50 ans. Ces valeurs de la médiane et de la moyenne relativement proches l'une de l'autre indiquent une répartition globalement symétrique comme le montre la figure 1.

Figure 1 : Histogramme de la répartition en tranches d'âge, en années

Moins de 20	De 20 à 29	De 30 à 39	De 40 à 49	De 50 à 59	De 60 à 69	De 70 à 79	80 et plus
3,0%	15,0%	17,0%	23,0%	22,0%	10,0%	6,0%	4,0%

(2) Sexe

Il existe une quasi-parité dans l'effectif de l'étude. On note simplement une légère prédominance féminine.

Tableau 1 : Répartition des effectifs en fonction du genre

Sexe	Masculin	Féminin
Fréquence	46 %	54 %

(3) Niveau d'études

Les différentes classes ne sont pas égales. L'effectif le plus important revient à Bac+3/4, et le moins important à Apprentissage. L'ensemble des catégories BEP/CAP, Bac/Bac+2 et Bac+3/4 rassemble trois quarts des personnes interrogées.

Figure 2 : Répartition des effectifs en fonction du niveau d'études

10,0%
9,0%
5,0%
3,0%
28,0%
19,0%
26,0%

Pas de diplôme
Brevet des collèges
Apprentissage
BEP/CAP
Bac/Bac+2
Bac+3/4
Bac+5 et plus

(4) Lieu d'habitation

La majorité des personnes interrogées déclare habiter en ville.

Tableau 2 : Répartition des effectifs en fonction du lieu d'habitation

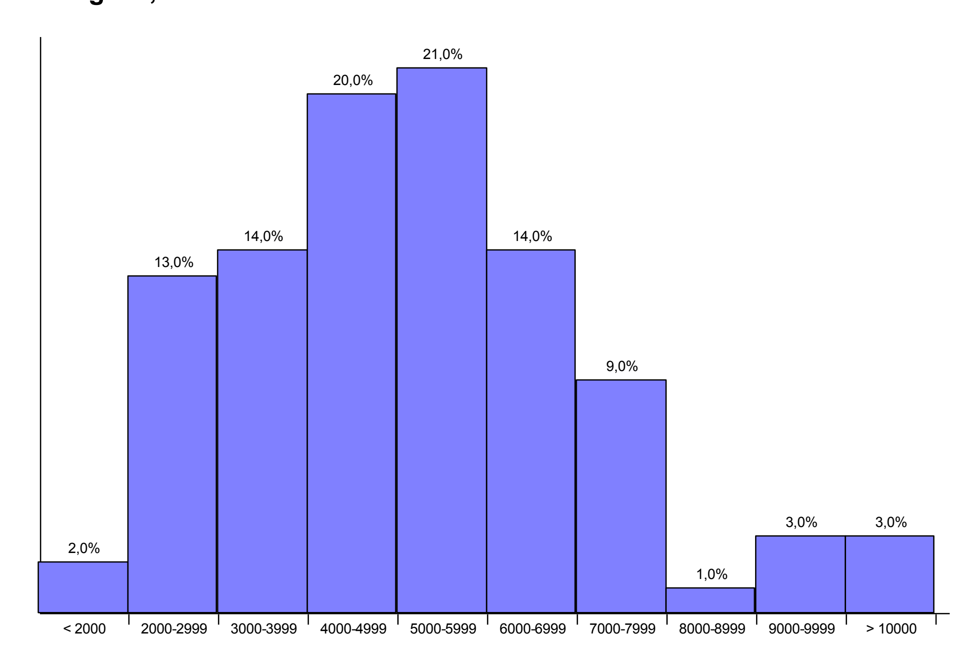
Lieu	À la ville	À la campagne
Fréquence	61 %	39 %

b) Le niveau de revenu des médecins généralistes

(1) Estimation des revenus des médecins généralistes

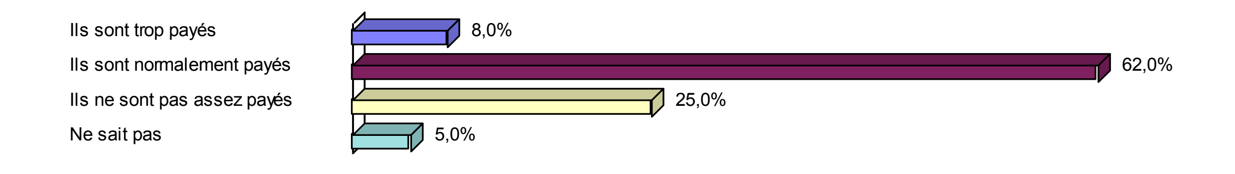
Les personnes interrogées estiment à 4 972,30 € (± 2 533,72 €) les revenus mensuels moyens des omnipraticiens. La médiane est assez proche à 5 000 €, ce qui représente également la valeur la plus fréquemment citée (20 % des réponses), suivi de 4 000 € (15 %) et 6 000 € (12 %). Les réponses s'échelonnent de 1 230 à 20 000 €, plus de la moitié des réponses se trouvant entre 4 000 et 6 000 €. Les individus ont tendance à donner des chiffres ronds en milliers d'euros (2 000, 4 000, 6 000…) dans 69 % des cas.

Figure 3 : Revenu mensuel moyen des médecins généralistes estimé par les personnes interrogées, en euros



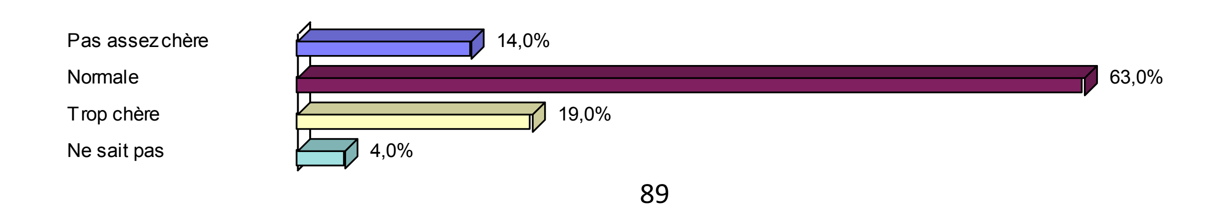
La majorité des personnes interrogées pensent que les médecins sont normalement payés, et un quart qu'ils ne le sont pas assez. Très peu ont déclaré qu'ils étaient trop payés.

Figure 4 : Avis des personnes interrogées sur les revenus des médecins généralistes



Les individus estiment également majoritairement que le coût de la consultation de médecine générale est adapté. Un sur 5 environ pense cependant qu'il est trop élevé.

Figure 5 : Avis des individus quant au coût de la consultation de médecine générale

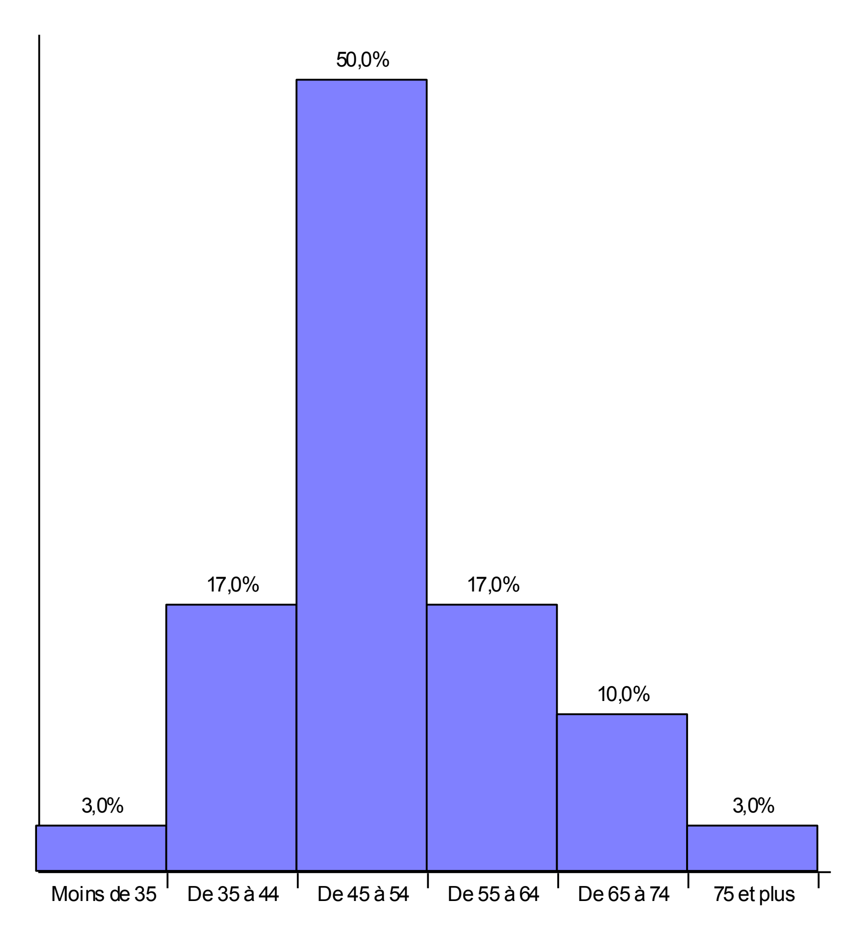


(2) Opinions vis-à-vis du temps de travail des médecins généralistes

Les personnes interrogées pensent en moyenne que les médecins généralistes travaillent 50,94 heures (± 10,17 heures) par semaine. La médiane est proche, à 50 heures par semaine. Les valeurs extrêmes varient entre 30 et 80 heures hebdomadaires.

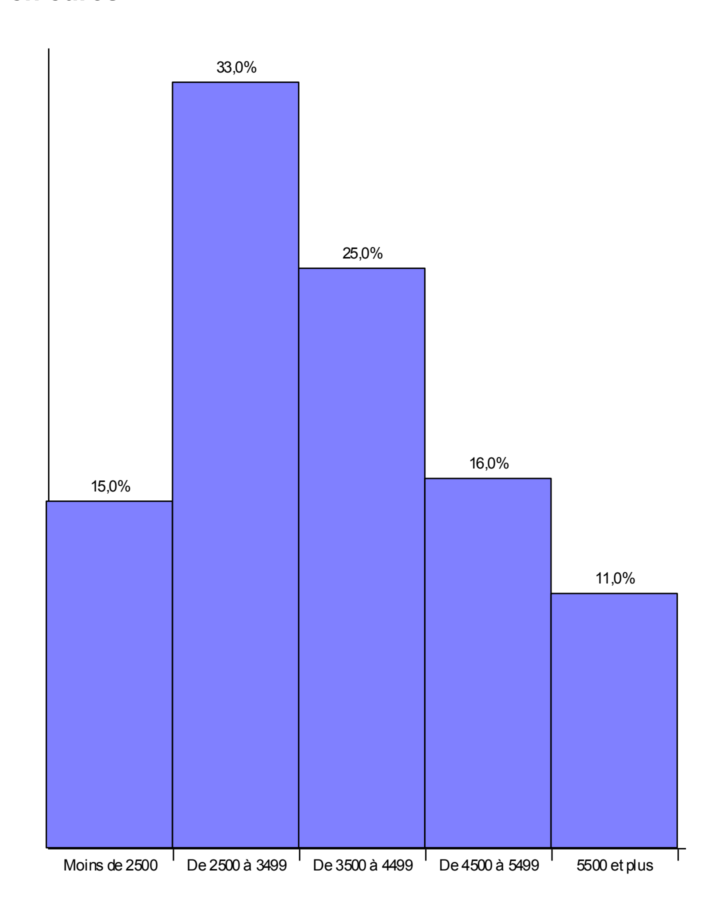
30 % ont déclaré 50 heures de travail par semaine, 14 % 45 heures, 13 % 40 heures, et 11 % 60 heures. La moitié des individus situe le temps de travail des médecins généralistes dans la tranche 45-54 heures.

Figure 6 : Temps de travail moyen des médecins généralistes d'après les individus interrogés, en heures



Pour 35 heures de travail hebdomadaires, les patients estimeraient en moyenne à 3 793,10 € (± 2 026,19 €) le salaire des médecins généralistes. La médiane est à 3 500 €, et les valeurs sont comprises entre 1 000 et 17 000 €. La valeur la plus citée est 3 000 € (20 %), suivie de 3 500 et 5 000 (12 %).

Figure 7 : Estimation du salaire des médecins généralistes pour 35h de travail hebdomadaires, en euros



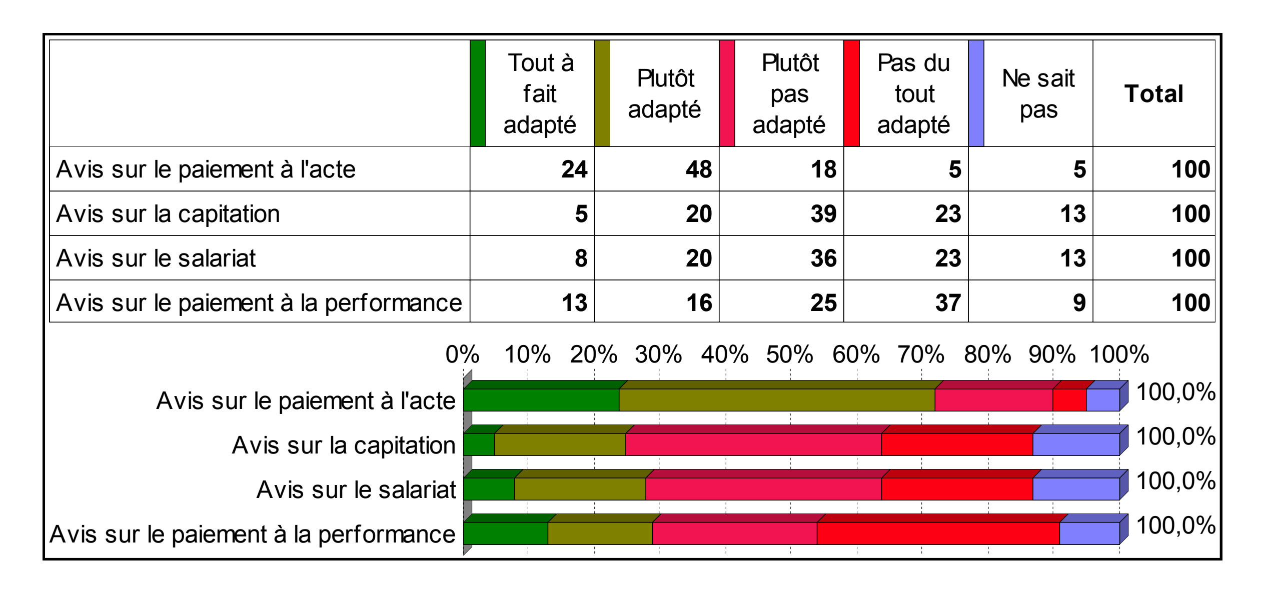
c) Les modes de rémunération des omnipraticiens

La majorité des personnes interrogées pensent que le paiement à l'acte est tout à fait ou plutôt adapté à la rémunération des médecins généralistes. Les trois autres modes de rétribution sont majoritairement cités comme plutôt pas ou pas du tout adaptés à la rémunération des omnipraticiens. La capitation est le mode qui réunit le moins de suffrages positifs : seul un quart des répondeurs considèrent qu'elle est appropriée.

Seuls 5 % des gens estiment que le paiement à l'acte n'est pas du tout adapté, alors qu'ils sont 37 % à le penser pour le paiement à la performance.

Les réponses restent plutôt modérées : les choix « Oui, plutôt adapté » ou « Non, plutôt pas adapté » sont majoritaires dans quasiment tous les modes de rémunération. Seule la question concernant le paiement à la performance est plus tranchée et plutôt en défaveur de ce mode de paiement : les réponses « Oui, tout à fait adapté » et « Non, pas du tout adapté » représentent 50 % des réponses.

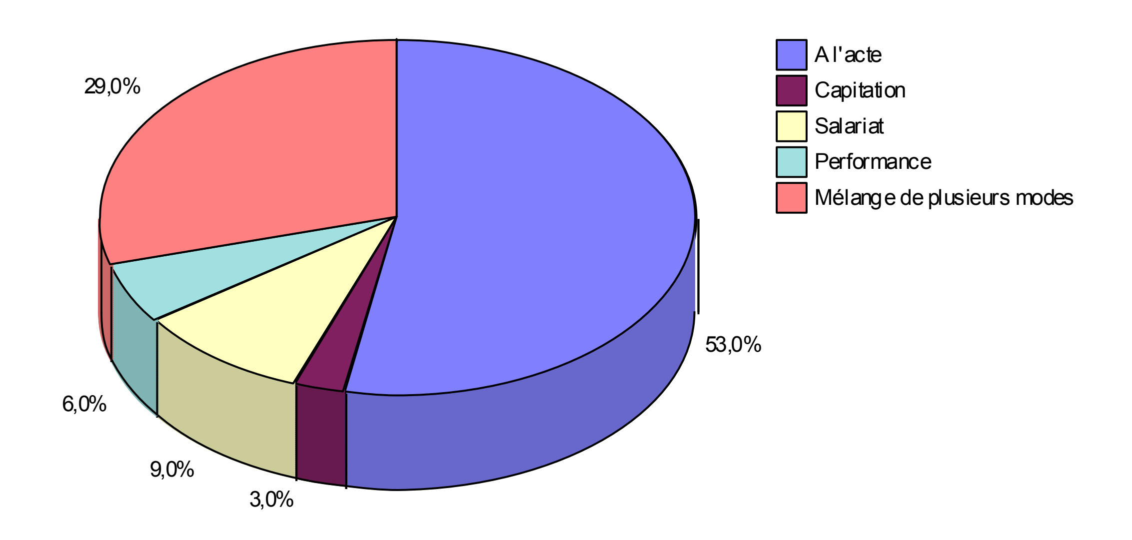
Tableau 3 et Figure 8 : Avis des individus sur le caractère adapté ou non des différents modes



	Tout à fait adapté	Plutôt adapté	Plutôt pas adapté	Pas du tout adapté	Ne sait pas	**Total**
Avis sur le paiement à l'acte	**24**	**48**	**18**	**5**	**5**	**100**
Avis sur la capitation	**5**	**20**	**39**	**23**	**13**	**100**
Avis sur le salariat	**8**	**20**	**36**	**23**	**13**	**100**
Avis sur le paiement à la performance	**13**	**16**	**25**	**37**	**9**	**100**

Le meilleur système, d'après plus de la moitié des individus interrogés, est le paiement à l'acte. Il est suivi pour 29 % d'entre eux par un mélange de plusieurs modes. La capitation est la réponse choisie en dernier avec 3 % des réponses.

Figure 9 : Système le plus adapté selon les personnes interrogées



3. Analyse interprétative

a) Concernant les revenus des médecins généralistes

Les femmes semblent surestimer les revenus des médecins généralistes par rapport aux hommes. La différence entre les deux moyennes est cependant à la limite de la significativité statistique (p = 0,055).

Tableau 4 : Estimation des revenus moyens des omnipraticiens en fonction du sexe

Sexe	Masculin	Féminin	Moyenne
Revenu en euros	4 482,61	5 389,44	4 972,3

De la même manière, les personnes habitant à la campagne semblent sous-estimer les revenus des omnipraticiens en comparaison aux répondeurs habitant en ville. La différence est cependant non statistiquement significative (p = 0,13).

Tableau 5 : Estimation des revenus moyens des médecins en fonction du lieu d'habitation

Lieu	À la ville	À la campagne	Moyenne
Revenu en euros	5 244,75	4 546,15	4 972,3

Il ne semble pas exister de relation entre l'âge et l'estimation des revenus des médecins généralistes : le nuage de points entre ces deux variables quantitatives continues est tout à fait désorganisé.

De la même manière, aucune relation n'est retrouvée entre l'estimation du niveau de revenus et le niveau d'études.

Tableau 6 : Estimation des revenus moyens des médecins selon le niveau d'études

Niveau d'études	Pas de diplôme	Brevet des collèges	Apprentissage	BEP/CAP	Baccalauréat	Bac+3/4	Bac+5 et plus	Moyenne
Revenu en euros	4 777,78	6 746	5 166,67	4 015,79	4 238,46	6 017,86	5 000	4 972,3

Il semble y avoir un lien entre le lieu d'habitation et la perception du niveau de revenu des médecins généralistes : les patients habitant à la campagne pensent plus fréquemment que les médecins sont trop payés.

Tableau 7 : Perception du niveau de revenus des médecins en fonction du lieu d'habitation

Lieu/Médecins trop payés ?	Ils sont trop payés	Ils sont normalement payés	Ils ne sont pas assez payés	Ne sait pas	Total
À la ville	2	40	18	1	61
À la campagne	6	22	7	4	39
Total	8	62	25	5	100

Il existe une plus forte proportion de personnes pensant que le coût de la consultation est trop élevé chez ceux qui ont déclaré que les médecins étaient trop payés. De la même manière, ceux rapportant un coût de consultation trop bas ont répondu majoritairement que les médecins ne gagnaient pas suffisamment bien leur vie, et ceux qui estiment que le coût de la consultation est adapté considèrent que les médecins sont normalement payés.

Tableau 8 : Rapport entre la perception du coût de la consultation et celle des revenus des médecins

Coût de la consultation/Médecins trop payés ?	Ils sont trop payés	Ils sont normalement payés	Ils ne sont pas assez payés	Ne sait pas	Total
Pas assez chère	0	3	11	0	14
Normale	0	47	13	3	63
Trop chère	6	11	0	2	19
Ne sait pas	2	1	1	0	4
Total	8	62	25	5	100

Il semble que les individus donnant les temps de travail les moins longs soient également ceux qui déclarent que les médecins sont trop payés. Réciproquement, les personnes ayant répondu un temps de travail important sont ceux qui pensent majoritairement que les médecins ne sont pas assez payés.

Tableau 9 : Estimation du temps de travail des médecins en fonction de la perception de leurs revenus

Médecins trop payés ?	Ils sont trop payés	Ils sont normalement payés	Ils ne sont pas assez payés	Ne sait pas	Moyenne
Temps de travail estimé	47,75	50,81	54,48	40	50,94

Comme pour les revenus, les personnes interrogées semblent majorer le salaire des médecins pour 35 heures lorsqu'ils appartiennent à la catégorie « Sexe féminin » ou « Habitation en ville ». Les différences sont cependant non significatives (respectivement p = 0,111 et p = 0,139).

Tableau 10 : Estimation du salaire des médecins pour 35h en fonction du sexe

Sexe	Masculin	Féminin	Moyenne
Salaire pour 35h	3 465,43	4 072,22	3 793,1

Tableau 11 : Estimation du salaire des médecins pour 35h en fonction du lieu d'habitation

Lieu	À la ville	À la campagne	Moyenne
Salaire pour 35h	3 999,51	3 470,26	3 793,1

Il existe un lien entre le revenu moyen estimé, et le salaire qui serait alloué pour 35 heures : la dépendance entre l'estimation des revenus et celle du salaire hebdomadaire pour 35 heures est très significative. Le coefficient de corrélation est positif à +0,86. Cela signifie que plus le revenu estimé par les individus est élevé, plus celui qu'ils déclarent pour un hypothétique temps de travail de 35 heures l'est aussi.

b) Concernant les modes de rémunération

Le paiement à la performance est plébiscité par les répondeurs les plus jeunes, alors que les individus ayant choisi le paiement à l'acte sont ceux qui ont la moyenne d'âge la plus élevée, avec une différence statistiquement significative ($p < 0,01$).

Tableau 12 : Âge moyen des personnes interrogées selon leur choix du meilleur mode de rémunération des médecins généralistes

Meilleur système	À l'acte	Capitation	Salariat	Performance	Mixte	Moyenne
Âge	49,72	39	43,44	35,5	44,21	46,38

Il ne semble pas exister de lien entre le sexe ou le lieu d'habitation et le choix du meilleur mode de rémunération.

Tableau 13 : Choix du meilleur mode de rémunération des médecins généralistes selon le sexe

Sexe/Meilleur système	À l'acte	Capitation	Salariat	Performance	Mixte	Total
Masculin	24	1	4	2	15	46
Féminin	29	2	5	4	14	54
Total	53	3	9	6	29	100

Tableau 14 : Choix du meilleur mode de rémunération des médecins généralistes selon le lieu d'habitation

Lieu/Meilleur système	À l'acte	Capitation	Salariat	Performance	Mixte	Total
À la ville	34	1	5	3	18	61
À la campagne	19	2	4	3	11	39
Total	53	3	9	6	29	100

Il est par contre intéressant de remarquer que concernant le mode le plus adapté pour rémunérer les généralistes, le choix « À l'acte » va décroissant selon le niveau d'études : si 100 % des 9 individus sans diplôme l'ont déclaré comme le choix le plus judicieux, ils ne sont plus que 80 % pour la classe « Brevet des collèges », puis 66 % pour « Apprentissage », 58 % pour « BEP/CAP », 46 % pour « Bac », 43 % pour « Bac+3/4 », et enfin 30 % pour la classe des « Bac+5 et plus ». Dans le même temps, le choix « Mixte » passe de 0 % pour les catégories « Sans diplôme » et « Brevet des collèges », à 26 % pour « BEP/CAP », 31 % chez les répondeurs de niveau « Bac », 39 % chez les « Bac+3/4 » et 40 % chez les « Bac+5 et plus ». La seule exception est la catégorie « Apprentissage », qui note 33 % de choix vers le mélange de plusieurs modes, mais avec des effectifs restreints (3 personnes pour l'ensemble de ce niveau d'études).

4. Qu'ont à nous dire les personnes interrogées ?

Seules 19 personnes sur 100 estiment avoir leur mot à dire sur la question. Plus des deux tiers pensent qu'ils n'ont pas à être impliqués dans la question des revenus et des modes de rémunération des médecins généralistes.

Tableau 15 : Effectif selon « mot à dire » ou pas

Les patients ont-ils un mot à dire ?	Oui	Non	Ne sait pas	Total
Effectif	19	69	12	100

Parmi les 19 individus estimant avoir leur mot à dire, un n'a pas voulu laissé de commentaire. Les 18 autres se sont exprimés à travers différents thèmes (et certains à propos de plusieurs thèmes) :

Deux personnes pensent que le mode de rémunération devrait être défini par le vote des électeurs.

Le thème du système de santé est revenu deux fois : un des individus a déclaré qu'en France, le système de santé était très bon actuellement ; l'autre a stipulé que le système de santé lui paraissait vieillissant.

L'activité libérale est importante pour deux des individus interrogés : l'un nous a confié qu'il ne souhaitait pas voir nationaliser une profession libérale, l'autre a amené la notion de capitalisme.

Deux ont parlé de la longueur des études et de l'inadéquation entre le nombre d'années d'études et la rémunération. Un autre a fait référence au *numerus clausus* trop bas.

Trois personnes ont défini des critères qui pourraient être pris en compte pour le coût de la consultation : ce dernier serait fonction de la durée de la consultation, de la pathologie prise en charge ou encore de la disponibilité du médecin.

La différence de coût de consultation entre généralistes et spécialistes devrait être réduite pour un des répondeurs. Pour un autre, les patients devraient pouvoir participer au choix de quel médecin est généraliste ou spécialiste.

Certains ont pris parti concernant les modes de rémunération : une personne a déclaré que le coût de la consultation devrait être rehaussé pour éviter la course à l'acte. Une autre a simplement déclaré que le paiement à l'acte était adapté surtout pour les adultes.

En ce qui concerne la capitation, un répondeur a déclaré qu'il ne s'agissait pas d'un bon système pour le médecin, celui-ci étant payé de la même sorte que le patient vienne une ou plusieurs fois, et qu'il pourrait aboutir à des abus de la part de certains patients. Un autre a stipulé que ce mode serait approprié pour les enfants par exemple, car les familles doivent parfois se rendre plusieurs fois par semaine chez le médecin pour *« tel ou tel bobo »*.

Le paiement à la performance a également été cité : un individu s'est demandé qui fixait les critères de paiement à la performance, un autre a déclaré que la rémunération devrait être fonction du nombre de « clients » non-malades sur un secteur attribué, comme dans la médecine ancestrale chinoise. Pour un autre, la rémunération devrait être fonction de la compétence du médecin. Enfin, un dernier individu a déclaré que le paiement à la performance ferait choisir les malades en bonne santé et laisserait les cas les plus difficiles ou graves de côté.

C. Discussion

1. Sur la méthode

a) L'échantillonnage

Le taux de réponses au questionnaire a été assez bas ; il n'a pas été évalué précisément mais est aux alentours de 30 % : seul un tiers des personnes interrogées a accepté de répondre à l'enquête. Assez fréquemment le thème même de l'étude n'a pas eu le temps d'être abordé, de nombreux individus ayant refusé de nous parler en disant qu'ils n'avaient pas le temps ou qu'ils n'étaient pas intéressés. Cette attitude a été retrouvée surtout lors de la réalisation de l'enquête sur la grande rue piétonne à Metz.

Le degré d'acceptabilité de l'enquête est donc assez bas, ce qui est fréquent dans les enquêtes d'opinion de ce type réalisées dans des lieux publics.

Parmi les passants volontaires pour participer, certaines personnes ont du être exclues : un répondeur ne parlait et ne comprenait pas suffisamment le français, quatre n'ont pas voulu répondre à la question n°5 concernant l'estimation des revenus des médecins généralistes, et ont ensuite souhaité arrêter le questionnaire et ne pas poursuivre sur les autres questions. Enfin, deux personnes âgées parlant encore en francs ont dû être exclues : en effet elles étaient incapables de donner des chiffres

en euros ; de plus le passage du franc à l'euro date de plus de dix ans maintenant, et il n'était pas possible d'appliquer un taux de conversion à leurs réponses.

L'échantillon ne peut être considéré comme représentatif. En effet les individus n'ont pas été tirés au sort mais choisis sur les lieux d'étude ; de plus, ces trois endroits ont été choisis subjectivement ; enfin, il a pu exister un biais de sélection de notre part, même inconsciemment, lors de l'accostage des éventuels participants.

L'échantillon n'étant pas considéré comme représentatif, on ne peut extrapoler les résultats à l'ensemble de la population.

De plus, nous avions décidé de cibler l'enquête sur les patients ; or nous avons interrogé des passants. Même si on peut penser que la très grosse majorité des personnes ont déjà fait l'expérience d'une consultation chez un médecin généraliste, nous ne pouvions en être totalement sûr. C'est pourquoi la question était systématiquement posée dès l'approche du répondeur. Nous n'avons relevé aucune personne n'ayant jamais eu de consultation chez un médecin généraliste.

Nous avions initialement envisagé de réaliser l'enquête dans des salles d'attente de cabinets de médecins généralistes. Ce projet a rapidement été abandonné, la question de l'anonymat ou l'appréhension du patient de voir ses réponses communiquées à son médecin traitant aurait pu aboutir à des biais de déclaration. C'est la raison pour laquelle nous avons préféré des lieux neutres.

Les passants étaient libres de répondre ou non au questionnaire. Certains se sont déclarés non intéressés avant même de connaître le thème de l'enquête, d'autres sont venus plus spontanément vers nous. Cela signifie-t-il que nous avons créé un biais en sélectionnant les personnes les plus ouvertes ?

Même si l'échantillon n'est pas représentatif, nous pouvons essayer de le comparer à la population générale.

La moyenne d'âge est de 46,38 ans. Or d'après l'INSEE, celle de la population française au 1er janvier 2012 est de 40,4 ans. Cependant, notre étude ne recrutait que des personnes majeures, il est donc normal que notre moyenne soit sensiblement plus élevée que celle de la population générale. Nous n'avons pas trouvé de données concernant la moyenne d'âge des personnes uniquement majeures en France.

On note 54 % de femmes dans notre étude, contre 51,6 % dans la population française. Ces moyennes sont assez proches.

Le lieu d'habitation montre une prépondérance d'habitants en ville. Cela est en accord avec les chiffres donnés par l'INSEE : en 2006, 44,4 % des ménages vivent à Paris et dans les centres des villes ; 18,9 % vivent en espace rural. Les 37,7 % restants se répartissent entre banlieues et espaces périurbains. Il faut noter que la notion du lieu d'habitation est subjective et est laissée au jugement du répondeur : un habitant d'une petite commune de 3 000 habitants (donc une ville au sens légal du terme) située à quelques kilomètres d'une grande ville peut se considérer comme habitant à la ville ou à la campagne.

Les personnes ayant répondu à l'enquête semblent avoir des niveaux d'études légèrement supérieurs aux chiffres de l'INSEE. Mais il s'agit là encore d'une déclaration, et certains ont pu répondre un niveau d'études estimé (par exemple un ancien cadre d'entreprise retraité n'ayant pas eu le baccalauréat aurait pu répondre Bac+3/4 en comparaison à l'activité professionnelle qu'il exerçait et au niveau auquel il s'estime même s'il n'a pas effectivement réalisé ces études).

Malgré le manque de représentativité, les individus interrogés paraissent globalement semblables à la population générale sur les différents items étudiés.

Les répondeurs ont été plutôt intéressés par le sujet. Il est amusant de constater que quelques-uns ont mis en avant une relation entre leurs choix concernant les modes de rémunération et leurs idées politiques. Rappelons que l'enquête s'est déroulée en période électorale.

b) Le questionnaire

Il nous est apparu comme le meilleur choix. Le contact direct avec les répondeurs permettait de préciser les notions que certains auraient peu ou mal saisies. L'éventualité d'un questionnaire à remplir seul, grâce à un envoi postal ou par courrier électronique, a été discutée. Cette possibilité n'a pas été retenue car elle nous exposait au risque d'un faible taux de retour et à l'impossibilité d'explications parfois nécessaires. Ces précisions peuvent cependant influencer les personnes interrogées, la manière d'expliquer les choses pouvant, même inconsciemment, orienter les réponses. C'est la raison pour laquelle les paragraphes constituant des explications ont été rédigés sur le questionnaire : cela permettait de fournir des indications neutres et standardisées.

Le questionnaire a volontairement été construit de manière à comporter un nombre de questions peu important, afin de tenir sur un verso et ne pas décourager d'éventuels participants. Un plus grand nombre d'items aurait probablement permis d'enrichir l'enquête, mais au prix d'une participation moins importante.

Parallèlement, nous avons opté pour une majorité de questions fermées, facilitant leur compréhension, le sens et la compilation des réponses. Il a été décidé d'utiliser des échelles de Likert

afin de pouvoir juger de l'intensité des opinions. Néanmoins, ces types de questions limitent l'expression des personnes interrogées et peuvent influencer les réponses. Les choix multiples à réponse unique, s'ils facilitent le questionnement, le dépouillement et l'analyse statistique, ont parfois été sources de frustrations en cas d'hésitation.

Le questionnaire comporte délibérément une proportion assez faible de questions ouvertes : elles auraient permis d'aller plus loin dans le ressenti des individus, mais auraient été plus longues à traiter. De plus, il n'est pas certain que tous auraient voulu ou su y répondre.

Les questions portant sur les revenus ont volontairement été laissées en choix libre et sans réalisation de classes (1 000-2 000 €, 2 000-3 000 €…) : les résultats sont plus riches et plus précis. D'autre part, le regroupement en classes est possible par la suite, comme nous l'avons fait dans la partie Résultats (voir chapitre II.B.2.b.1), alors qu'obtenir des chiffres exacts à partir d'échelles est impossible. De plus, calculer une moyenne n'aurait pas été précis en utilisant ces regroupements.

La possibilité de répondre par « je ne sais pas » à certaines questions a pu arranger certains individus : en cas de doutes ou d'hésitations, la solution de facilité a pu consister à choisir cet item. On le remarque surtout pour des notions mal connues en France (avis sur le paiement à la capitation par exemple). Forcer les personnes interrogées à prendre parti en n'incluant pas cette possibilité de réponse aurait pu être avantageux, mais le risque d'approximation aurait pu constituer un biais.

2. Sur les résultats

a) Le niveau de revenus des médecins généralistes

Les individus se font une idée plutôt correcte quoique légèrement sous-évaluée du revenu des médecins généralistes : ils l'estiment à 4 972,30 € alors que la moyenne nationale réelle est de 5 941 € nets par mois (75). Les valeurs données sont très dispersées, variant d'un facteur 16 entre les deux extrêmes (1 230 à 20 000 €) ; cela montre la zone d'ombre qui recouvre en France la question des revenus, et notamment ceux des médecins, la profession faisant partie des mieux rémunérées. L'influence du médecin traitant des répondeurs a pu également jouer un rôle : certains ont probablement généralisé l'attitude de leur praticien à l'ensemble du métier. Ainsi un individu dont le médecin généraliste travaille peu aura tendance à minimiser les revenus des omnipraticiens. A l'inverse, une personne ayant un médecin traitant avec une forte patientèle et qui est amené à effectuer de nombreux actes chaque jour pourrait penser que c'est le cas pour l'ensemble de la profession.

Il aurait été intéressant de demander aux individus quelle différence ils imaginent entre honoraires totaux et revenus nets : ont-ils conscience du pourcentage moyen de charges qui incombent aux médecins libéraux ? Savent-ils que 5 000 € de revenus signifient environ 10 000 € d'honoraires ?

Il est étonnant que les personnes habitant à la campagne aient sous-estimé les revenus des médecins généralistes par rapport aux habitants des villes, les omnipraticiens exerçant en zones rurales travaillant et gagnant en moyenne davantage que les citadins. Ceci pourrait être dû à un environnement moins dense sur le plan médical et à une méconnaissance de l'activité de médecin pour des personnes vivant où peu de médecins exercent. Cela pourrait également expliquer leur tendance à penser que les omnipraticiens sont trop payés. Nous n'avons par contre pas trouvé d'explication au fait que les femmes aient tendance à majorer les revenus par rapport aux hommes.

Dans l'ensemble, assez peu de personnes considèrent que les médecins généralistes sont trop payés ; la majorité pense plutôt que leurs revenus sont normaux. Cela peut être dû au fait que les études sont connues comme étant très longues, comme certains l'ont rapporté. Les responsabilités importantes pourraient également justifier de revenus élevés. Mais peut-être que certains individus ont également eu des réticences à exprimer un avis négatif devant nous alors que nous leur avions déclaré être nous-même médecin généraliste. Un interrogateur neutre n'appartenant pas à la profession aurait pu obtenir des réponses différentes, par exemple plus péjoratives pour les médecins.

Le coût de la consultation est par contre plus fréquemment jugé trop élevé : 19 % des individus estiment qu'il devrait être plus bas. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'ils sont impliqués directement dans le paiement de la consultation à leur médecin puisqu'ils bénéficient d'un remboursement secondaire par l'Assurance Maladie. Certains pourraient donc espérer qu'avec une consultation à plus bas prix, ils auraient moins d'avance de frais à effectuer. Ce mécanisme est théoriquement sensé sensibiliser le patient aux coûts de la santé : certains bénéficiaires de systèmes de santé nationaux, par exemple, sont incapables de donner un ordre de grandeur du coût de revient pour la collectivité de leur passage chez le médecin généraliste.

Il est assez logique de constater que les individus ayant déclaré que les médecins étaient trop payés soient aussi ceux qui pensent que la consultation est trop chère, les revenus des généralistes en France dépendant essentiellement du coût de la consultation rapporté au nombre d'actes.

Les répondeurs ont, dans l'ensemble, bien conscience que les médecins généralistes travaillent beaucoup. Ils sous-estiment cependant légèrement leur temps de travail : ils l'évaluent en moyenne à 50 heures hebdomadaires, alors que la moyenne réelle nationale est de 57 heures (3).

Les individus ayant annoncé le plus petit nombre d'heures de travail sont ceux qui ont estimé que les médecins étaient trop payés : un manque de connaissance de l'activité des médecins pourrait-il

expliquer cette impression de sur-rémunération ? Réciproquement, les patients ayant le plus conscience du temps de travail réel des omnipraticiens ont plus souvent déclaré qu'ils n'étaient pas assez payés.

Sous un régime de 35 heures par semaine, les individus estimeraient à 3 793 € le revenu net mensuel des médecins généralistes, soit moins que le revenu moyen d'un cadre (4 000 € en moyenne en 2010 d'après l'INSEE). Les citadins et les femmes ont là encore tendance à majorer le revenu pour 35 heures par rapport aux habitants en zone rurale et aux hommes, ce qui semble assez logique : les mêmes catégories restent dans les mêmes tendances pour les deux questions.

De la même façon, on constate de manière assez cohérente un rapport entre l'idée des revenus des médecins généralistes et celle de leurs revenus pour 35 heures : les patients qui estiment les revenus dans la partie haute répondent également un revenu important pour 35 heures, et inversement.

b) Les modes de rémunération des médecins généralistes

Les patients semblent attachés au paiement à l'acte : il est plébiscité par la majorité d'entre eux comme le meilleur mode de rémunération des médecins généralistes. Mais il s'agit là du mode quasi-exclusif de rétribution des omnipraticiens dans notre pays. A-t-il été choisi en connaissance de cause ou simplement par défaut et par habitude, et parce que les autres modes disponibles sont peu ou pas connus ? En effet, malgré nos explications, les notions de paiement à la capitation et à la performance sont probablement restées un peu floues pour la plupart des personnes interrogées. Le salariat, notion plus universelle, était plus facilement compris.

De plus, les individus ne connaissent pas les incitations positives ou négatives générées par les différents modes de paiement : ils les jugent de prime abord, sur les notions qu'ils en ont et sur celles que nous leur avons données. Un exposé plus complet détaillant les avantages et les inconvénients de chaque méthode aurait possiblement pu modifier leurs réponses.

Ces constats peuvent être corroborés par le fait que plus le niveau d'étude augmente, moins les personnes ont tendance à choisir le paiement à l'acte, mais favorisent plutôt le mélange de plusieurs modes. Les individus ayant un niveau d'étude important ont à priori un niveau socioculturel plus élevé. Les différences dans leur choix pourraient ainsi résulter d'une meilleure connaissance des différents modes de rémunération des médecins et des incitations qui en découlent.

Il est remarquable que le paiement à la performance ait été dans l'ensemble rejeté, alors que ce dernier a été mis en place à grande échelle en France il y a quelques mois seulement. La plupart des répondeurs ont trouvé l'idée plutôt inquiétante, et la grosse majorité ne savaient pas que ce type de paiement vient d'être initié dans notre pays. Là encore, le manque d'informations est à déplorer, la mesure ayant eu très peu de répercussions dans les médias « grand public ». Il faut cependant noter

que les patients ayant choisi ce mode de rétribution sont globalement plus jeunes que ceux qui ont préféré le paiement à l'acte. La notion de « prime à la performance », issue des États-Unis, commence à prendre un rôle prépondérant dans les entreprises, y compris françaises. Peut-on imaginer que les jeunes soient plus à l'aise et plus familiers avec ces idées ? D'autre part, la désacralisation de la profession de médecin durant les dernières décennies peut jouer un rôle : les individus les plus jeunes considèrent-ils la fonction de médecin comme un métier parmi les autres, qui doit faire ses preuves et présenter des résultats, alors que les individus plus âgés restent plus sensibles au respect de la fonction ?

Les paiements à la capitation et par salariat sont jugés comme étant les moins adaptés. Les individus ne connaissant que des médecins généralistes libéraux, ils ont probablement eu des difficultés à imaginer la mise en place de ces autres modes de fonctionnement.

c) Sur ce qu'ont à nous dire les personnes interrogées

La question de l'intérêt des personnes interrogées vis-à-vis de ce thème est remarquable : d'un côté, seule une sur cinq estime avoir un mot à dire sur le sujet. Le manque de connaissances a pu jouer un rôle inhibiteur quant à l'expression du répondeur, mais on peut également penser que la plupart des gens ne sont que peu préoccupés par la façon dont sont rémunérés les médecins.

D'un autre côté, il existe un nombre non négligeable de personnes pensant que leur avis sur la question devrait être pris en compte. La quasi-absence de sujets concernant les rémunérations des médecins dans les médias montre que parler d'argent et de revenus reste encore tabou en France. Les individus eux-mêmes semblaient parfois gênés de répondre aux questions qui pourtant ne concernaient pas leurs propres revenus.

La richesse des thèmes abordés spontanément (le vote, le système de santé, les études, le libéralisme, le coût de la consultation, la différence entre généralistes et spécialistes, les différents modes de rémunération…) prouve que de multiples interrogations persistent à propos des revenus et des rémunérations des omnipraticiens, et probablement des médecins en général.

La question mériterait d'être mieux exposée dans les médias, ou débattue au niveau politique, en envisageant en point de mire une expression de la population par le vote, comme certains l'ont souhaité.

D. Conclusion

Cette étude exploratoire nous montre que les individus estiment plutôt correctement les revenus des médecins généralistes, qu'ils considèrent plutôt adaptés et qu'ils mettent en rapport avec leur temps de travail.

Ils semblent moins intéressés par les modes de rémunération, mais restent attachés au paiement à l'acte, même si d'évidentes lacunes de connaissance ne leur ont pas permis d'apprécier les différentes méthodes de rétribution à leur juste valeur.

Une mise en lumière de la question des revenus et modes de rémunération des médecins généralistes pourrait être réalisée dans les médias et auprès des décideurs, débats auxquels certains individus seraient prêts à participer.

III. Étude qualitative auprès des médecins généralistes

A. Matériel et méthodes

1. Choix de la méthode (128)

Nous avons décidé de nous intéresser aux avis et aux représentations des médecins généralistes quant à leurs modes et niveaux de rémunération. Cela impliquait de réaliser une étude de type qualitative. En effet, la recherche qualitative est issue des sciences humaines et sociales : elle cherche à décrire, comprendre, interpréter en s'intéressant aux opinions, aux motivations, aux sentiments ou aux comportements, c'est-à-dire à des éléments non quantifiables. Le « comment ? » et le « pourquoi ? » y sont favorisés contrairement aux études quantitatives où règnent le « combien ? » et les questions fermées. Il s'agissait ainsi de la méthode de choix pour rendre compte du vécu et des attentes des omnipraticiens quant à leur mode de paiement.

Plusieurs méthodes de recueil de données sont utilisables en recherche qualitative, les entretiens représentant la procédure la plus simple et la plus couramment utilisée. Parmi ceux-ci, on relève les entretiens individuels et les entretiens de groupe (ou focus groups).

2. Les focus groups

Il s'agit d'une technique d'entretien de groupe dont le but est de collecter des réponses à un petit nombre de questions préalablement définies concernant un sujet donné, sur lequel on se focalise (*focused*). Issue de techniques marketing d'après guerre aux États-Unis, qui visaient à recueillir les besoins des consommateurs pour augmenter l'attrait d'un produit (128), elle s'est conjointement développée dans les sciences sociales, avant d'être utilisée par la filière universitaire. Cette méthode est notamment très employée dans les pays anglo-saxons pour la recherche en soins primaires.

La technique repose sur le dynamisme et l'interaction : le groupe est considéré comme étant plus que la somme des individus le composant. Être à plusieurs permet de réduire l'inhibition individuelle par

effet d'entraînement, de faire rebondir les idées entre les différents membres du groupe en stimulant la discussion ouverte, et de mettre en évidence les consensus et les désaccords. Un petit nombre de participants par focus group est recommandé (cinq à dix), afin que chacun puisse s'y exprimer. Ces membres doivent tous être volontaires et avoir au moins une caractéristique commune. L'échantillonnage n'a pas à être représentatif, mais dirigé, c'est-à-dire qu'on peut y inclure délibérément des individus particuliers afin d'explorer la plus grande diversité possible concernant le thème étudié dans la population source (129) : tout est valide, même une seule idée minoritaire est retenue.

En pratique, le débat est dirigé par un animateur neutre en présence d'un observateur. Une trame d'entretien préalablement définie sert de fil conducteur à l'animateur. Elle se compose idéalement de cinq à six questions simples et ouvertes, favorisant les réponses riches.

Le nombre de focus groups n'est pas fixé à l'avance, mais repose sur la saturation des idées : une fois qu'un focus group n'apporte plus de nouvelle information majeure par rapport aux précédents, on considère que la saturation est atteinte. Cela implique que l'analyse se fasse au fur et à mesure de l'avancée de la recherche.

Cette analyse repose sur la retranscription la plus fidèle possible des focus groups, puis sur le découpage en unités minimales de signification, qui sont ensuite classées et regroupées en thèmes et sous-thèmes. Une synthèse est ensuite réalisée.

3. Matériel pour notre étude

a) La trame d'entretien

Une première ébauche a été réalisée dès le début de ce travail. Elle a subi d'importants changements à la fin de la lecture de la bibliographie se rapportant au sujet ainsi qu'après la rédaction de la première partie. Quelques modifications ont ensuite été apportées après avis de deux médecins ne participant pas à l'étude. La version « définitive » (voir Annexe 18) a été finalisée en collaboration avec notre directeur de thèse en février 2012. Elle comportait des questions ouvertes sur les différents types et les niveaux de rémunération des médecins généralistes. Nous avons également intégré en fin de débat une question plus quantitative (voir Annexe 18).

Cette trame a subi quelques changements au fur et à mesure des focus groups, certaines questions ne semblant pas assez claires ou ayant été mal comprises par les participants, et nécessitaient des précisions. La recherche qualitative, moins stricte que les enquêtes quantitatives, autorise ce type de modifications. La dernière version utilisée est ainsi légèrement différente de celle du premier focus group (voir Annexe 19).

b) Le recrutement

Les critères d'inclusion étaient les suivants : être médecin généraliste et exercer en Lorraine en cabinet libéral.

Les critères d'exclusion en découlaient : avoir une activité majoritairement hospitalière, ne plus avoir d'activité au moment du focus group (médecin retraité par exemple), ou ne pas exercer en Lorraine.

Notre but était d'obtenir un maximum d'opinions différentes, c'est pourquoi nous avons opté pour un échantillonnage dirigé : certains participants ont été choisis en fonction de caractéristiques spécifiques, comme par exemple un emploi en tant que salarié dans une structure locale en plus des fonctions libérales, un exercice seul ou en groupe, une poursuite d'activité en tant que remplaçant après la retraite, ou un mode d'exercice particulier…

Le recrutement a été réalisé pour les deux premiers focus groups parmi des médecins que nous connaissions grâce à notre activité de remplaçant : deux cabinets de groupe de cinq médecins chacun ont accepté de participer aux réunions. Pour les troisième et quatrième focus groups, nous avons décidé de recruter les participants parmi les médecins généralistes de l'agglomération messine. Nous avons donc commencé à les appeler individuellement grâce à l'annuaire des pages jaunes. Nous nous présentions et exposions le sujet de l'étude, puis nous demandions aux interlocuteurs s'ils étaient d'accord pour y participer. Nous n'avons essuyé que des refus, raison pour laquelle nous avons décidé de contacter les médecins les plus à même d'accepter de participer aux réunions, à savoir ceux qui assistent le plus régulièrement aux soirées de FMC. Nous avons ainsi été amenés à contacter l'AMMPPU, qui nous a fourni une liste d'environ 90 médecins répondant à ce critère. Nous avons contacté l'ensemble de ces médecins par téléphone, parmi lesquels une vingtaine a accepté de participer aux focus groups. Le recrutement a néanmoins été difficile : de nombreux médecins volontaires n'ont pas pu participer, par manque de temps et de disponibilité. Deux dates de réunion ont ainsi été définies en fonction de nos propres disponibilités, de celles de la salle de réunion, et de celles des médecins. Une lettre de rappel était envoyée par courrier postal aux participants quelques jours avant la date de réunion (voir Annexe 20).

Un questionnaire (voir Annexe 21) était distribué à chaque participant au début du focus group, afin de recueillir des données administratives et de mettre en évidence la diversité des intervenants.

Nous avons également réalisé trois entretiens semi-directifs individuels.

c) Caractéristiques des participants

29 médecins au total ont participé aux 4 focus groups et aux 3 entretiens individuels. On comptait 9 femmes pour 20 hommes, avec une moyenne d'âge de 50 ans, et des valeurs extrêmes entre 29 et 72 ans. Ils exerçaient en libéral depuis 18 ans en moyenne.

(1) Le premier focus group

Le premier focus group a réuni 5 médecins généralistes. Leur moyenne d'âge était de 50 ans, avec des extrêmes entre 32 et 69 ans. Il était constitué de 4 hommes et 1 femme. Ils avaient une activité libérale depuis 19 ans en moyenne et exerçaient tous dans le même cabinet de groupe en milieu rural. Ils se connaissaient donc précédemment à la réunion. Il faut noter cependant que l'un des médecins avait succédé au plus ancien dans le cabinet de groupe, ce dernier n'exerçant plus qu'une activité partielle de remplaçant. Aucun n'avait de mode d'exercice particulier, et ils exerçaient tous en secteur 1. Un des médecins avait une activité salariée au sein d'un réseau de soins gérontologiques en plus de son activité libérale.

(2) Le deuxième focus group

Il a réuni 5 médecins généralistes, avec une moyenne d'âge de 44 ans, et des valeurs variant entre 30 et 61 ans, et 3 hommes et 2 femmes y participaient. Ils exerçaient en moyenne depuis 14 ans, dans le même cabinet libéral de groupe en milieu urbain pour 4 d'entre eux. Un cinquième médecin du cabinet avait initialement accepté de participer à la réunion, mais s'est désisté quelques jours avant sa réalisation. Il a été remplacé par un médecin remplaçante non thésée, qui ne connaissait pas les autres participants. Aucun n'avait de mode d'exercice particulier ni d'activité salariée actuelle, cependant l'un d'entre eux était un ancien médecin du régime minier. Ils exerçaient tous en secteur 1.

(3) Le troisième focus group

Il a réuni 7 médecins, dont l'âge variait entre 35 et 72 ans, avec une moyenne à 49 ans. Il était composé de 5 hommes et 2 femmes, exerçant en libéral depuis 18 ans en moyenne. Quatre d'entre eux étaient en milieu urbain, 3 en milieu semi-rural. Un avait la particularité d'être médecin de secteur SNCF, 2 autres étaient remplaçants : un médecin retraité et une autre ayant choisi ce mode de fonctionnement au long cours. Un médecin travaillait à mi-temps. Tous étaient en secteur 1.

(4) Le quatrième focus group

Neuf médecins le composaient, avec une moyenne d'âge de 53 ans, et des valeurs allant de 40 à 62. Il réunissait 5 hommes et 4 femmes, exerçant en libéral depuis 24 ans en moyenne. Ils avaient tous une activité urbaine sauf un qui était en zone semi-rurale. Deux d'entre eux avaient une activité salariée : un au sein de l'Établissement Français du Sang, l'autre en tant qu'expert médical dans un service d'Unité Médico-Judiciaire. Ils exerçaient tous en secteur 1.

(5) Les entretiens individuels

Le premier entretien a été réalisé avec une femme médecin de 42 ans, installée en libéral en secteur 1 depuis 9 ans en zone urbaine. Elle travaillait à mi-temps dans son cabinet et avait une activité de salariée par le biais de vacations dans un centre de PMI.

Un jeune médecin remplaçant thésé de 29 ans était interrogé lors du deuxième entretien individuel. Il exerçait essentiellement en zone semi-rurale depuis un an. Il s'agissait d'un médecin qui effectuait des remplacements en attendant de trouver un poste probablement salarié, mais qui n'avait en tout cas aucun désir d'installation en libéral.

Le troisième entretien a été effectué auprès d'un médecin de 47 ans exerçant en libéral en zone semi-rurale depuis 11 ans, et présentant un mode d'exercice particulier puisqu'il effectuait en plus de son activité de médecin généraliste des actes d'acupuncture et d'ostéopathie. Il exerçait en secteur 1.

d) Les chercheurs

Le rôle d'animateur était dévolu à notre conjointe : plusieurs raisons nous ont conduits à ce choix. En tant que relectrice et correctrice de la première partie de notre thèse, elle bénéficiait de connaissances sur le sujet, pour lequel elle portait un réel intérêt. Sa profession de cadre de santé au sein du centre hospitalier régional de Metz-Thionville lui permettait de connaître la manière de diriger une réunion, même si elle n'avait jamais participé à une étude de type focus group auparavant. Ne faisant pas partie de la profession médicale, elle présentait une relative neutralité vis-à-vis de la question. Enfin, sa disponibilité était globalement similaire à la nôtre, favorisant les possibilités de réalisation des focus groups.

Son rôle consistait en la présentation des différentes questions de la trame d'entretien, ainsi que la relance et le recentrage du débat en cas de besoin. Elle devait également donner la parole aux participants s'exprimant peu. Nous avons choisi de limiter ses interventions, afin de ne pas perturber la spontanéité de la discussion. Pour la même raison, les erreurs et approximations des médecins n'étaient pas relevées ni corrigées. Certaines questions de la trame d'entretien abordées spontanément n'étaient pas reposées, ou ne nécessitaient parfois que quelques précisions.

Le rôle d'observateur nous était réservé : nous étions trop impliqué dans le sujet pour pouvoir être l'animateur, nos idées auraient pu influencer, même inconsciemment, notre manière d'aborder les questions. D'autre part, nous avions la tâche de retranscrire les contenus des focus groups ; il était plus simple que la personne qui retranscrive soit celle qui observe. Nous devions donc noter les attitudes non verbales pouvant nuancer les propos, et les ordres d'intervention des médecins. Une disposition légèrement en retrait de la table où se tenaient les participants nous permettait de mieux visualiser l'ensemble des acteurs et de ne pas gêner le déroulement du débat. Notre rôle consistait

également en l'enregistrement. Ce dernier a évolué durant l'étude : lors du premier focus group, nous avons passé beaucoup de temps à notifier les ordres d'intervention des participants, parfois au détriment du reste de la retranscription. Nous avons donc décidé d'ajouter à l'enregistrement audio un enregistrement vidéo pour les focus groups suivants, nous permettant de ne plus nous focaliser sur les ordres d'intervention (l'enregistrement audio ne permettant pas toujours de dissocier avec précision les différentes voix et leur enchaînement).

e) Le déroulement des réunions

Quatre focus groups et trois entretiens individuels ont donc été réalisés entre le 27 mars 2012 et le 4 juillet 2012.

Les dates, les horaires et les lieux visaient à arranger le plus de participants. Par mesure de commodité, les réunions de groupe étaient réalisées le soir, après la journée de travail des participants, et les entretiens individuels pendant leurs consultations. Les cadres étaient agréables et les médecins étaient toujours disposés autour d'une table. La durée de la réunion n'était pas connue à l'avance, mais cette dernière s'arrêtait une fois que toutes les questions avaient été abordées et que plus personne n'avait de choses à ajouter. Elle était déterminée *a posteriori* par le temps d'enregistrement. Elle a essentiellement varié en fonction du nombre de participants à la réunion. Une collation a parfois été servie, avant et pendant le focus group pour la première soirée, uniquement avant et parfois après pour les suivants.

Chaque focus group et chaque entretien débutait de manière standardisée : l'objet de l'étude était précisé, ainsi que quelques notions indispensables sur l'enregistrement, l'anonymat, et le rôle des participants (voir Annexe 22). La discussion sur le sujet de l'étude commençait alors.

L'enregistrement audio était effectué grâce à deux dictaphones de type Olympus WS-811 avec une capacité d'une trentaine d'heures d'enregistrement chacun. Ils étaient placés l'un sur la table et l'autre avec l'observateur lors du premier focus group, les deux sur la table à différents endroits pour les suivants. Cela permettait une meilleure écoute et de préciser certains passages qu'un des deux dictaphones n'aurait pas enregistré de manière assez audible. L'enregistrement vidéo était quant à lui effectué avec un caméscope HD Canon Legria HF R27.

(1) Le premier focus group

Le premier focus group a été réalisé le 27 mars 2012 dans la salle de réunion d'un cabinet médical, situé en zone rurale en Moselle Sud-Est. Il a duré 50 minutes.

L'ambiance était détendue. Deux des participants se sont montrés moins prolifiques et un peu plus en retrait par rapport aux trois autres. Nous avons cependant pu noter une bonne interaction entre les

différents médecins, malgré un temps de parole pas toujours respecté : les participants avaient parfois tendance à parler en même temps ou à se couper la parole, entraînant des difficultés de retranscription. Nous avions prévu une collation avant le focus group, mais certains ont continué de manger pendant l'enregistrement, entraînant là-encore des difficultés de retranscription. Le langage était parfois dans un registre familier. L'heure de début de ce premier focus group a été différée, deux des médecins ayant encore des rendez-vous une demi-heure après l'horaire prévu. Cela a agacé les autres participants qui avaient adapté leur agenda afin d'être disponibles à l'heure.

(2) Le deuxième focus group

Il s'est déroulé le 14 mai 2012 dans le cabinet médical d'un des participants au focus group dans une ville moyenne de la région thionvilloise et a duré 54 minutes.

L'ambiance était également détendue. Deux médecins ont moins participé aux débats que les trois autres, notamment la remplaçante qui ne connaissait pas les autres membres auparavant. Les temps de parole de chacun ont été respectés. Nous avons pu noter un discret effet leader de la part d'un des médecins, qui était plus âgé et avait plus d'expérience que les autres. Le téléphone portable d'un des participants a sonné pendant la réunion, l'obligeant à sortir quelques minutes pour y répondre. Cela n'a pas semblé déranger les autres médecins qui ont continué de débattre. Aucune collation n'a été servie durant ce focus group.

(3) Le troisième focus group

Il a eu lieu le 24 mai 2012 à la *Domus Medica* à Metz, siège de l'AMMPPU, et qui était ainsi connu de la plupart des participants. Il a duré 1h55.

L'ambiance était bonne durant cette réunion. Seule une remplaçante connaissait un des membres, qu'elle avait déjà remplacé. Deux participants se sont retrouvés alors qu'ils avaient fait une partie de leurs études ensemble. Deux médecins sont arrivés après les autres : le premier dix minutes après le début de l'enregistrement, et l'autre après environ vingt-cinq minutes de réunion. Ils se sont facilement et rapidement intégrés au débat. Le tutoiement était fréquemment de rigueur y compris pour les participants ne se connaissant pas auparavant. Deux des médecins se sont montrés un peu plus introvertis que les autres et ont moins échangé leurs idées. Un des médecins a parfois joué un rôle de modérateur en posant des questions et en demandant des précisions à ses confrères. Un autre participant parlait moins fort que les autres et il n'était pas idéalement placé par rapport aux dictaphones, ce qui a entraîné des difficultés de retranscription pour certaines de ses paroles. Un buffet a été servi à l'arrivée des médecins, puis certains se sont également restaurés après la fin de l'enregistrement. Certains points animés du débat ont d'ailleurs de nouveau été abordés à cette occasion, alors que les enregistreurs ne fonctionnaient plus.

(4) Le quatrième focus group

Il a également été réalisé à la *Domus Medica* de Metz le 12 juin 2012. La durée d'enregistrement est de 1h31.

Certains participants se connaissaient auparavant : deux des médecins étaient venus ensemble, dont un des deux n'était pas prévu initialement mais avait été invité par son confrère. La plupart des participants avait également l'air de se connaître, ayant participé auparavant à des séances de FMC communes. Un buffet froid, servi à l'arrivée des participants, avait permis à ceux qui n'avaient pas mangé de se restaurer avant la réunion. L'ambiance était bonne et décontractée, parfois un peu trop : les deux médecins qui étaient venus ensemble avaient tendance à discuter entre eux à voix basse, et à plusieurs reprises au cours des débats, deux ou trois personnes parlaient en même temps, gênant la retranscription des propos. Deux des médecins étaient un peu plus introvertis que les autres. Enfin, un des médecins s'était installé un peu à l'écart par rapport aux autres et avait tendance à jouer un rôle d'expert.

(5) Les trois entretiens individuels

Le premier entretien a eu lieu au cabinet médical du participant, le 24 mai 2012, et a duré 10 minutes. Le deuxième s'est déroulé pendant le week-end, le 23 juin 2012 à notre domicile, avec une durée d'enregistrement de 7 minutes. Le dernier entretien s'est tenu au cabinet du médecin interrogé le 04 juillet 2012 et a duré 12 minutes.

Les médecins ont semblé plutôt intéressés par les questions durant ces entretiens. Aucun n'a montré de gêne particulière par rapport au thème de l'étude.

f) Traitement des données

La retranscription était effectuée dans les jours immédiats suivant les focus groups, afin de rester imprégné de l'ambiance et des discussions, et immédiatement après les entretiens individuels.

Les enregistrements audio et vidéo étaient transférés sur ordinateur aux formats .mp3 et .avi. Une sauvegarde était réalisée, puis le travail de retranscription commençait : il s'agissait de réécrire le plus fidèlement possible l'ensemble des échanges qui avaient eu lieu pendant les débats, y compris les gestuelles, les tons et les hésitations… Les erreurs grammaticales étaient conservées, les lieux et les noms étaient anonymisés. De nombreuses écoutes furent nécessaires, avec parfois une retranscription mot par mot dans les moments difficiles, surtout lorsque plusieurs personnes parlaient en même temps. L'emploi du deuxième dictaphone a permis à plusieurs reprises de récupérer des paroles non audibles avec le premier. Il nous a fallu compter une dizaine d'heures de retranscription pour une heure de focus group. L'ensemble des échanges, qu'on appelle également verbatim, a été retranscrit avec les conventions utilisées par Michael Billig (130) (voir Annexe 23), grâce au logiciel

Word. L'ensemble des verbatim ne figure pas dans cette thèse afin de ne pas surcharger le document papier, mais est disponible en annexe aux formats .doc, .docx et .pdf sur un CD fourni.

Une fois chaque focus group retranscrit, le fichier généré était envoyé par email à certains participants dont nous disposions de l'adresse électronique, non pas afin de leur permettre d'apporter des modifications, mais afin de savoir si ce qui avait été retranscrit correspondait bien à l'idée qu'ils s'étaient faite des échanges. Aucun d'entre eux n'a signalé de problème à la lecture des débats.

L'analyse consistait en une lecture approfondie et répétée du verbatim, afin de s'imprégner et de donner du sens aux paroles. La méthode de la table longue était utilisée : le verbatim était, selon l'idée contenue, découpé en unité minimale de signification (UMS), c'est-à-dire en extraits de texte tels que mots, phrases ou paragraphes dont on peut dégager une idée. Ces dernières étaient ensuite classées, comparées et regroupées en occurrences (sous-thèmes), elles-mêmes formant des dimensions (grands concepts). Des segments de texte se recoupant en partie ont pu être affectés à plusieurs UMS.

Concrètement, le verbatim de chaque focus group était copié dans son intégralité, puis déplacé et classé dans un nouveau fichier Word grâce à la fonction couper/coller. Différents logiciels, dont inVivo est le plus connu, ont pour but de réaliser cette tâche. Nous avons cependant préférer la réaliser sans assistance, le classement informatique ne pouvant remplacer la lecture et l'interprétation humaine du verbatim, avec notamment l'intégration des signes non verbaux. Le but de l'analyse était de donner une lisibilité à l'ensemble.

Nous avons bénéficié de l'aide d'Anne-Claire MANGEL, docteure en sociologie diplômée de l'Université Paris-Descartes Sorbonne, dans l'analyse des débats : elle procédait de son côté à la classification du verbatim, puis nous mettions en commun nos découvertes.

Une synthèse reprenant ces résultats était alors rédigée.

B. Résultats

Trois dimensions se sont rapidement dégagées : les deux premières concernent les revenus des médecins généralistes et les modes de rémunération, qui formaient la base de l'étude et des questions du guide d'entretien. La troisième dimension provient directement des participants, sans réelle question qui s'y rapporte : il s'agit des conditions de travail, notion qui semble aller de pair avec les deux précédentes pour les médecins généralistes. Enfin une quatrième dimension, initialement intégrée dans les trois autres, a été retrouvée au cours de l'analyse : la comparaison avec les autres pays.

1. Les modes de rémunération

a) Le paiement à l'acte

(1) Un mode ancien

Le paiement à l'acte est parfois vu comme un mode appartenant au passé. Certains le considèrent comme *« dépassé »* (M5FG1) ou comme un système qui *« s'essouffle »* (M1FG1). Les médecins jugent ainsi ce type de rémunération comme archaïque, étant donné qu'il est quasiment aussi ancien que notre système de santé.

(2) Le système de référence

Il reste néanmoins *« la méthode de référence »* (E3), un mode *« symbolique »* (M4FG3). Certains médecins ne parviennent d'ailleurs pas à imaginer une autre méthode comme mode de rémunération.

- *« Parce que bon, je vois pas ce qu'on peut, je vois pas ce qu'on pourrait essayer d'autre hein »* (M4FG2).

(3) Un système de cotations inadapté et compliqué

Le système de cotations lié au paiement à l'acte est parfois vécu comme une contrainte chronophage et difficile d'utilisation : les tarifs ne sont pas connus de mémoire, essentiellement pour certains actes rarement effectués comme les sutures par exemple (M1FG1, M5FG3). Les médecins se plaignent de la difficulté à retrouver les tarifs dans l'imposante classification.

- *« Ouais pour coter 27 euros au lieu de 23, tu vas te casser la tête à chercher la cotation euh »* (M3FG3).

Un des médecins n'a cependant pas semblé gêné par le système de cotations, le trouvant même « *amusant* » (M5FG3).

(4) La consultation, un fourre-tout à tarif unique

La consultation de médecine générale est ressentie comme une entité pouvant correspondre à de nombreux motifs différents ; un des médecins la décrit ainsi comme un *« fourre-tout, dans lequel on met à peu près ce qu'on veut »* (M7FG3).

- *« {énumère sur ses doigts} y a la première consultation où on fait un diagnostic, y a des renouvellements d'ordonnance, y a (.) un vaccin, c'est pas la même chose, tout ça »* (M1FG3).

Certains regrettent ainsi que le prix de la consultation soit constant quel que soit le ou les actes effectués.

- « *Donc euh effectivement, pour des tâches tout à fait différentes et, et plus ou moins difficiles, on a le même, le même euh, tarification* » (M4FG4).

Ce prix constant peut d'ailleurs entraîner une gêne, le tarif étant parfois jugé trop important par rapport aux actes réalisés au cours de la consultation.

- *« Des fois (.) j'ai peut-être l'impression de demander peut-être un peu trop par rapport à ce qu'on fait »* (E1).

Pour d'autres, c'est au contraire ce tarif constant qui permet de lisser l'ensemble et d'aboutir à un équilibre global.

- *« C'est une sorte de solidarité entre consultations : consults courtes, consults longues, tu payes pareil quoi »* (M3FG3).

(5) Un mode inducteur de différences

Le paiement à l'acte est analysé comme un mode de rémunération responsable de différences de pratiques : les médecins insistent sur le fait qu'il entraîne des attitudes différentes selon les individus. La durée de la consultation a par exemple animé les débats, certains exerçant une médecine plus « rapide » que d'autres.

- *« Ouais ben, là effectivement si je bosse comme toi, j'ai le temps d'en voir 40 aussi »* (M3FG3).
- *« et nous on a plein d'échos avec nos stagiaires qui vont remplacer partout […] qui nous disent les pratiques chez les autres (.) Et entre le gars qui fait 20 actes réels, dans son cabinet, et qui bosse 12 à 14 heures, et le mec qui voit 40 personnes par jour avec un rendez-vous toutes les 10 minutes, ça s'appelle C »* (M7FG3).

(6) Une rétribution acte par acte

La rétribution liée au paiement à l'acte est vécue comme un empilement d'actes qu'il convient d'accumuler pour augmenter ses revenus. Ce mode est ainsi décrit comme *« linéaire »* (M4FG4)

- *« Enfin on est des tâcherons, je veux dire : 1 acte, 23, 1 acte, 23 »* (M1FG4).

Certains praticiens ont conscience que cette relation linéaire entre actes réalisés et revenus peut aboutir à un système inflationniste. Deux d'entre eux décrivent ainsi le paiement à l'acte comme une

« usine » (M5FG1, M2FG2). Un terme employé par un des médecins résume cette notion : il assimile les médecins généralistes à des *« stakhanovistes du travail »* (M3FG2).

- *« Nous plus de boulot, plus de patients, plus de monde c'est le seul moyen de gagner plus »* (M5FG1).

(7) L'absence d'évolution au fil de la carrière

Les revenus sont indépendants de l'ancienneté dans ce mode de rémunération, et certains praticiens regrettent qu'il n'y ait pas d'évolution au fil de la carrière : quelques médecins plus âgés notamment ont souligné l'absence totale de prise en compte de leur expérience.

« Un des problèmes du paiement à l'acte, c'est le, la valeur du C, que vous vous installiez à 25 ans, à 27 ans, ou que vous ayez 65 ans ou 67 ans. Je veux dire on ne tient absolument pas compte de votre expérience » (M1FG4).

(8) Le travail libéral

Le paiement à l'acte reste dans l'esprit des médecins une notion intimement liée à l'activité libérale.

- *« Euh, sinon moi le paiement à l'acte, bon ça représente quand même le, ce que c'est la profession libérale hein »* (M4FG4).

Le travail libéral ne semble cependant pas faire l'unanimité, les contraintes qu'il impose sont parfois vécues comme trop importantes. Certains se plaignent ainsi de difficultés qu'un travailleur de bureau ne connaîtra jamais (M2FG4). Des médecins semblent même regretter leur installation en libéral.

- *« Il est con. Ca fait deux ans que je lui dis de ne pas s'installer »* (M3FG1).

Un des médecins s'est montré particulièrement véhément vis-à-vis de l'activité de comptabilité qu'entraîne le paiement à l'acte, notamment parce qu'il la trouve dérangeante et « *chronophage »* (M3FG3).

- *« c'est juste que ça entraîne par ailleurs, ben l'activité libérale, ça entraîne la comptabilité, et ça ça me gonfle terriblement »* (M3FG3).

D'autres ont relativisé ses propos en expliquant que l'activité de comptabilité n'est *« pas si compliquée »* (M5FG3).

- *« Vous avez combien de dépenses, par mois ? Je veux dire vous avez une secrétaire que vous payez, vous avez une femme de ménage que vous payez, c'est deux lignes. Vous avez […] de l'eau, de l'électricité, c'est tous les deux-trois mois. Un loyer, vous achetez du matériel*

pas tous les jours, mais vous mettez de l'essence dans votre voiture. Mais y a dix-quinze lignes par mois » (M5FG3).

La nécessité d'être bien organisé en tant que travailleur libéral a été soulignée. Certains médecins ont également insisté sur l'importance des aides disponibles, matérielles ou humaines, telles que les logiciels d'aide à la prescription (M4FG3), le comptable (M4FG3), ou les secrétaires (M2FG3)…

- *« Ça c'est peut-être un peu une question aussi d'organisation, mais c'est pas facile hein, je suis dans la même situation »* (M9FG4).
- *« Mais si c'est bien structuré (.) Avec une secrétaire qui répond au téléphone (.) Le médecin que je remplace en ce moment j'ai pas de secrétaire, je passe mon temps à répondre au téléphone, à prendre des rendez-vous, à, à aller regarder pour les autres patients etc. Chaque rendez-vous je suis dérangée deux ou trois fois par le téléphone »* (M2FG3).

Malgré ces insatisfactions, le travail libéral est reconnu comme permettant d'organiser son activité selon ses envies. Un des médecins parle de *« meilleur contrôle »* (M1FG2), un autre de *« confort »* (M2FG2).

- *« mais, y aussi entre guillemets la pseudo-liberté qu'on a quoi »* (M2FG2).

Cette liberté dans l'activité permet également un contrôle du revenu : les médecins peuvent le *« moduler »* (M8FG4) en agissant sur leur temps de travail.

- *« Parce que moi si je veux gagner plus je travaille plus hein, comme certains disaient »* (M3FG3).
- *« Ben justement c'est de pouvoir faire autant d'actes que tu veux, et de pouvoir t'arrêter si tu en as assez (.) de l'argent »* (E2).

Cette modulation souffre cependant de limites, physiques ou réglementaires : les actes ne sont pas multipliables à l'infini (M4FG3).

- *« on est encadrés au niveau du nombre d'actes par an, la valeur à pas dépasser, c'est les 7 500 actes dans l'année » (*M5FG3).

(9) La satisfaction

Des médecins se disent cependant satisfaits du paiement à l'acte. Deux d'entre eux se déclarent même *« partisans »* de ce mode de rémunération (M3FG2, M9FG4). D'autres le défendent assidûment contre les autres modes de rémunération.

- *« Euh, moi je trouve que le paiement à l'acte c'est pas mal »* (M5FG3).
- *« le paiement à l'acte pardon, je suis 100 % pour »* (M9FG4).

(10) Un moindre mal

Les médecins ont pourtant conscience que le paiement à l'acte n'est pas optimal.

- « *Et voilà pourquoi je reviens avec le paiement à l'acte, avec toutes ses imperfections »* (M9FG4).

Il est néanmoins jugé comme plus avantageux par rapport à d'autres modes de rémunération, ou en tout cas *« le moins pire »* (M1FG4). Certains le trouvent meilleurs que d'autres systèmes tels que le régime minier ou le salariat, qu'ils ont déjà connus.

- *« je trouve que tous les autres systèmes seraient catastrophiques et annonciateurs de, de, de gros (.) gros ennuis pour notre profession »* (M9FG4).

(11) La rémunération immédiate

Ce mode de rémunération est apprécié également pour sa capacité à rétribuer dès l'acte réalisé, et le fait de pouvoir matérialiser immédiatement le résultat de son travail.

- *« On est quand même une des dernières professions à pouvoir euh, à la fin de la semaine, ou à la fin de deux semaines, pouvoir aller payer en liquide le restaurant, pouvoir payer en liquide la machine à laver »* (M4FG3).

(12) Une gêne à demander de l'argent

Plusieurs médecins ont avoué leur mécontentement face au paiement à l'acte, certains évoquent le fait qu'il n'apporte *« aucun plaisir »* (M3FG4). Il ne correspond pas toujours non plus à leur *« philosophie de la médecine »* (M3FG3) : quelques médecins ont rapporté des difficultés dans le fait de demander de l'argent au patient, et de la notion de *« commerce »* (M3FG3) liée au paiement à l'acte. Cette gêne peut parfois aller jusqu'à ne pas se faire payer la consultation (M3FG4, M7FG4). Un des médecins a réagi en mentionnant la possibilité de réaliser des stages *« pour se déculpabiliser de demander de l'argent, pour demander plus »* (M5FG4).

- « *Mais j'ai aussi comme M3 un peu de (.) mal à demander les 23 € à la fin de la consultation »* (M7FG4).

La rémunération immédiate est cependant jugée nécessaire par la plupart des participants. Certains ont fait le rapprochement avec les artisans, qui bénéficient également d'une rétribution instantanée sans que ça ne leur pose de problème, comme un plombier, un professionnel du bâtiment (M2FG3), un boucher ou un boulanger (M2FG4). Un des médecins fait également la comparaison avec les vétérinaires, qui n'ont pas de gêne à demander de l'argent pour soigner les animaux (M5FG4).

- *« je reste attaché moi à cette nécessité, pour le patient, en fin de consultation […] c'est un service qui doit rester, qui doit rester payant pour le patient »* (M4FG3).

(13) Les différents modes de règlement

Différents modes de paiement sont possibles dans la rémunération à l'acte. Ils ne sont pas tous appréciés de la même manière par les médecins.

Le règlement en espèces est critiqué par certains, notamment en raison des possibilités de faux billets. Il est également jugé ancien et démodé.

- *« Moi une fois le tiers-payant on m'a payé avec 200 €, ben j'ai eu peur, j'ai bien frotté le billet pour voir si il était vraiment vrai »* (M9FG4).

Le paiement par chèques est également jugé ancien ; de plus certains précisent avoir déjà été confrontés aux problèmes des *« chèques en bois »* (M5FG4, M8FG4).

Certains jugent les cartes bancaires comme plus simples, plus faciles et plus universelles, même si tous ne sont pas équipés d'un lecteur à leur cabinet.

- *« Oui je disais que j'ai pris la carte bancaire et que c'était vraiment très très facile […] Et les cartes individuelles, fait que les gens maintenant prennent l'habitude et, c'est beaucoup plus simple »* (M5FG4).

La plupart des médecins semblent peu enjoués vis-à-vis des paiements différés, comme dans le cas des CMU ou des tiers payants. Ces derniers sont décriés et responsables de problèmes fréquents selon certains praticiens. Tous sont cependant d'accord pour affirmer que ces méthodes ont nécessaires pour les plus démunis.

- *« Si ils sont en CMU, je coche pas Médecin traitant remplacé […], et ben je suis remboursé à moitié. Et je me fais, je me plante régulièrement »* (M6FG4).
- *« Oui, nous les tiers payants euh, y a les 2 € 30 […], tu les retouches toi ? Jamais, y a pratiquement 50 % : " Ah docteur j'ai rien sur moi, j'ai rien " {rires de M4}, moi j'ai un truc comme au café, j'ai une ardoise où je marque, mais je sais que je serai jamais payé »* (M8FG4).

Pour contrer les problèmes liés à la CMU et à la déclaration du médecin traitant, certains ont avoué n'avoir trouvé que la solution de délibérément mal coter l'acte.

- *« Moi c'est simple, quand j'ai un doute je mets MTU, c'est urgence »* (M8FG4).

Un des médecins a avancé le fait que dans le temps, le paiement se faisait en nature, *« à la Saint-Martin, quand y avait les récoltes »* (M1FG3). Certaines pratiques semblent encore en vigueur,

quelques praticiens ayant déclaré recevoir de temps en temps des *« œufs »*, des *« lapins »*, de la *« gnôle »* (M2FG2), voire des *« bouteilles de champagne à Noël »* (M4FG2).

(14) Des évolutions possibles

La possibilité de faire évoluer le paiement à l'acte a été évoquée, en intégrant la durée de consultation pour déterminer sa valeur par exemple (M5FG4, E2).

- *« Parce qu'on pourrait dire euh, 23 € c'est pour dix minutes, ça sera 46 si c'est une demi-heure euh »* (M2FG4).

D'autres médecins se sont cependant montrés prudents, pensant que ce système serait impossible à mettre en place (M7FG3) ou nécessiterait un système de cotations compliqué (M9FG4).

De plus il existerait un risque d'abus, certains pouvant être tentés de *« tenir une heure et demie avec une angine »* (M3FG4). Une modulation par le motif de consultation serait alors obligatoire (M3FG4). Cette modulation aboutirait cependant à un risque d'abus de la part des médecins, puisque le système serait déclaratif.

- *« En médecine générale, si tu fais ça, ils vont tous faire de la médecine compliquée, et ça va tous devenir des super-consultations »* (M7FG3).

b) La capitation

(1) Un mode mal connu

Ce mode de rémunération semble mal connu. Le terme même de « capitation » n'est pas toujours bien défini, certains le rapprochant du CAPI français qui présente une ressemblance linguistique. Le système s'y rapportant n'est pas non plus toujours bien défini par les médecins.

- *« Donc un médecin donc (.) effectivement, il est dans un secteur donné, et puis les gens doivent aller chez lui, automatiquement, c'est ça ? »* (M2FG2).

(2) Une méthode peu appréciée

Certains médecins semblent ne pas porter la capitation dans leur cœur. Un d'entre eux la qualifie même d' *« illogique »* (M3FG2), un autre de système *« dangereux »*, et il pense qu'elle apporterait *« beaucoup de soucis »* et de *« formalités administratives »* (M9FG4).

- *« Donc la capitation euh (.) Bof (.) Je pense pas que beaucoup de monde euh adhère à ce type de (.) »* (M4FG2).

(3) Un risque de revenus inférieurs ?

Plusieurs médecins ont évoqué la peur de gagner moins d'argent avec un système de capitation. Certains parlent du risque d'être *« perdant »* (M2FG1, M5FG1), et considèrent que ce mode de paiement devrait être au moins aussi attractif que le paiement à l'acte pour être accepté.

- *« Il s'agit pas de, d'avoir un deuxième métier derrière pour pouvoir joindre les deux bouts »* (M1FG1).

Des doutes sont émis quant à la capacité des instances françaises d'organiser ce genre de paiement. Les médecins se méfient par exemple du risque de voir tourner ce mode à leur désavantage, avec des sommes par patient de moins en moins importantes.

- *« Si on est à la capitation, on trouvera, les pouvoirs publics trouveront toujours quelque chose, euh à un certain moment on aura tant d'euros, tant de centaines d'euros par patient, pis ça sera un peu moins pis un peu moins »* (M9FG4).

Un autre médecin a évoqué le fait que la capitation nécessite une attraction des patients sur sa liste, ce qui rend les médecins dépendants de ceux-ci ; il utilise le terme peu élogieux de *« racoler le client »* (M2FG2).

(4) Des risques d'abus de la part des patients…

Certains médecins pensent que les patients risquent d'abuser du système de capitation en se rendant plus souvent et parfois sans réel motif médical chez leur praticien. Les patients les plus demandeurs risquent de poser problème si rien ne les incite à ne pas *« venir pour le moindre bobo »* (E3).

- *« Donc c'est un piège à cons : il faut éviter tout ce qui est hypocondriaque euh {rires} »* (M3FG2).

(5) …Et des médecins

Le risque d'abus n'est pas reconnu que pour les patients : les médecins eux-mêmes pourraient être tentés de profiter du système de capitation. Certains évoquent par exemple le risque de lésiner et en rapprochent l'activité des fonctionnaires (M1FG4), qui selon le stéréotype français ont tendance à ne pas forcer dans leur activité professionnelle.

- *« T'as la somme quand la personne s'inscrit, pis après tu ouvres ton cabinet 2 heures par jour. Ca a pas l'air terrible comme (.) comme système »* (M1FG2).

Certains reconnaissent aussi le risque de toujours vouloir augmenter sa patientèle, ou celui d'envoyer abusivement vers le spécialiste (M1FG3).

(6) Une alternative séduisante

Le système de la capitation est décrit tour à tour comme *« plutôt heureux »* (M5FG1), *« intéressant »* (M5FG2) ou encore *« loin d'être con »* (M6FG4). Un des intervenants pense qu'il permettrait aux médecins d'être *« <u>déchargés</u> de ce paiement à l'acte »* (M6FG4).

(7) Moins de dépendance vis-à-vis des patients

Il permettrait aussi de *« freiner les envies des patients »* (M1FG1), notamment en prescrivant moins, et en évitant d'administrer des thérapeutiques que le médecin lui-même juge inutiles, mais qui lui semblent imposées dans le cadre du paiement à l'acte.

- *« On pourrait toutes les kinés inutiles, toutes les, les conneries qu'on, qu'on prescrit qui servent à ri…, dont on sait <u>pertinemment</u> »* (M1FG1).

(8) Un système permettant de diminuer le temps de travail

La capitation permettrait pour certains de travailler moins longtemps.

- *« Alors maintenant ils ont peut-être des cabinets qui sont pas ouverts non plus avec les mêmes euh (.) amplitudes horaires aussi non ? »* (M2FG2).

(9) Plus d'égalité entre médecins ?

Ce mode pourrait aboutir à un meilleur équilibre entre praticiens, notamment sur la question des revenus (M3FG1). Il permettrait également une diminution de la concurrence entre eux (M1FG1).

Pour un autre médecin au contraire, la capitation risquerait d'augmenter les différences, notamment en fonction de la santé des patients.

- *« C'est très dangereux, je veux dire le médecin qui aura plein de patients jeunes qui viennent rarement sera très bien payé sans travailler beaucoup, et celui qui aura des centaines de*

retraités, cancéreux etc, va euh gagner, va souquer comme un nègre, comme un dingue » (M9FG4).

(10) Un système qui fait des médecins des chefs d'entreprise

Un des praticiens a pris l'exemple anglais en précisant que les médecins y étaient de véritables chefs d'entreprise, gérant du personnel et un budget, et employant du personnel administratif et paramédical grâce à l'argent reçu par capitation (M6FG4). Il avait l'air plutôt séduit par cette idée et par le fait que les pouvoirs publics anglais font confiance à leurs omnipraticiens.

(11) Un forfait à adapter aux patients

Le forfait *per capita* est reconnu comme devant être adapté à l'état sanitaire des patients.

- *« Après y aura une tarification en fonction du nombre d'invalides, en fonction du nombre de gens âgés etc »* (M5FG3).

(12) Le *fundholding*

Le système du *fundholding* est décrit comme une vision très *« gestionnaire »* (M3FG3) de la médecine.

Le risque de ce système est que le médecin favorise son intérêt au détriment de la qualité des soins. Il peut même entraîner un *« sentiment schizophrène de devoir soigner son patient toujours au meilleur coût »* (M4FG3). Certains évoquent le risque de choisir un spécialiste non pas en fonction de ses capacités mais en fonction du coût induit (M1FG4).

- *« Avec ce système-là, t'as pas intérêt à ce que les gens, quand ils ont une pathologie lourde, ils vivent longtemps. C'est tout. Économiquement t'as aucun intérêt »* (M3FG3).
- *« Oui mais après ça peut être de la médecine au rabais parce que ils vont au plus offrant pour garder un bénéfice le plus important »* (M2FG4).

(13) L'évolution en cours, trop lente

Un médecin souhaiterait voir se développer plus rapidement le principe de la capitation en France.

- *« Ben qu'on en vienne directement donc, au, au, au f… à la rémunération forfaitaire en fonction du nombre de patients {finit la phrase plus fort qu'il ne l'avait commencé} »* (M3FG1).

Un autre souligne que la capitation est déjà en œuvre dans notre pays, le *« système du médecin traitant »* étant la *« base »* de ce mode de rémunération (M3FG2).

D'autres enfin estiment que ce mode serait impossible en France (M8FG4, E3), essentiellement à cause de la mentalité française, différente de celle des pays qui l'ont adopté.

c) Les forfaits

(1) Un mode mal connu

Ce mode n'évoque pas grand-chose pour certains médecins. Certains ne relient pas ce terme à la rémunération qu'ils obtiennent pourtant depuis quelques années.

- *« Les forfaits, c'est quoi ça ?* » (M3FG3).

(2) Une solution inadaptée…

Cette méthode de rémunération a été décrite plusieurs fois comme inadaptée : les forfaits de prévention du cancer colorectal dépendent de la *« discipline des gens »* (M8FG4). Les forfaits ALD ont également été décriés.

- *« Moi non plus c'est pas une habit… Enfin voilà, on fait pas exprès de faire les ALD pour euh. Voilà, c'est pas pour avoir 40 € derrière »* (M1FG2).

(3) …Et génératrice de travail supplémentaire

Des médecins estiment que les forfaits sont responsables d'une majoration de travail gênante, notamment dans le cadre de la permanence des soins. Certains en concluent que la rémunération par forfaits est légitime, récompensant une activité en surplus, comme *« la paperasse qui a été faite »* (M3FG3). Elle ne représente ainsi *« pas un cadeau de Noël »* (M5FG4).

- *« Alors " Oui mais vous êtes payés pour ça ". Je préfère rester au pieu moi (.) après onze heures de boulot »* (M3FG1).

(4) Une ruse de la Sécu

Quelques médecins pensent que les forfaits servent à les *« amadouer »* (M3FG1), ou à les rendre *« dépendants de la caisse »* (M3FG2). D'autres estiment qu'ils sont une ruse afin de ne pas

augmenter la valeur de C. Un des médecins les a ainsi décrits comme des *« leurres »* pour payer moins d'actes (M3FG2).

- « *C'était une manière, c'était une manière détournée d'augmenter, d'augmenter le prix de la consultation »* (M4FG3).

Un des médecins relate son expérience pour décrire les incohérences de ce type de système : la caisse d'assurance maladie lui a demandé de rembourser les 40 € qui lui avaient été octroyés. En effet ce dernier est lui-même en ALD tout en étant son propre médecin traitant (M3FG2).

(5) Des sommes trop basses

Les sommes mises en jeu dans les forfaits ne semblent pas suffisantes pour motiver les médecins, notamment par rapport au temps consacré aux patients en ALD (E2). Les conséquences sur les attitudes des médecins seraient négligeables en raison de ces sommes insuffisantes (E3).

- *« Ca m'engage pas beaucoup (.) d'avoir 40 € pour les ALD »* (M3FG2).

(6) Des sommes pas toujours justifiées

D'un autre côté, les sommes acquises grâce aux forfaits sont parfois ressenties comme de « *l'argent gagné à rien faire »* (E2), dans le cadre des forfaits liés à la permanence des soins par exemple, où les gardes sont souvent calmes. Le paiement des 40 euros par patient en ALD est également remis en question par un des médecins, qui y voit une différenciation entre les patients qui n'aurait pas lieu d'être (M5FG1).

- *« Le cancer colorectal (.) {interroge du regard les autres participants} Il suffit de (.) Bon c'est un peu, de, de coller des étiquettes. {ironique} Ah putain le boulot {s'essuie le front}. {s'adressant aux autres} Hein ? »* (M3FG1).

(7) Un complément appréciable

La rémunération par forfaits est considérée comme appréciable par plusieurs praticiens. Elle est ainsi tour à tour décrite comme quelque chose qui *« rapporte »* (M3FG3), *« utile »* (M5FG3), *« mieux que rien »* (M4FG4), qui *« fait du bien »* (M5FG4), qui « *tombe bien pour les cadeaux de Noël »* (M5FG4), *« toujours ça »* (M9FG4), *« pas négligeable »* (E1), *« pas mal »* (E1), ou qui *« motive »* (E2).

(8) L’évolution en cours : l’augmentation des sommes dues aux forfaits

Certaines évolutions récentes ont été évoquées, comme la mise en place de la rémunération annuelle forfaitaire pour les patients en ALD : auparavant elle n’avait lieu que tous les cinq ans. Les médecins semblent apprécier ce changement (M5FG3, M2FG4, M8FG4).

d) Le paiement à la performance

(1) Un système peu apprécié

Le paiement à la performance n’est pas toujours apprécié. Il est ainsi qualifié de *« grand n’importe-quoi »*, *« ridicule »* (M2FG1), *« pas sain »*, *« inimaginable »*, « *une connerie »* (M3FG1), *« grotesque »* (M4FG1), *« pas un bon cheval de bataille »* (M3FG3), *« nul », « terrible »* ou fatigant (M1FG4).

(2) Un sentiment de non-appartenance

Ce mode semble ne pas être adopté par la plupart des praticiens. Très peu emploient des pronoms possessifs à la première personne pour en parler, mais utilisent plutôt le « *leur »* se rapportant à l’Assurance Maladie pour bien préciser que ce système a été imposé aux médecins.

Certains semblent également ne pas s’intéresser particulièrement aux modalités de ce mode de rémunération.

- *« Donc j’ai signé le truc parce qu’y a un abruti qui m’a tendu un truc {mime quelqu’un qui tend une feuille} : " Tenez docteur, signez " »* (M3FG1).

Le fait que le CAPI n’ait pas été négocié avec les syndicats médicaux a dérangé un des praticiens (M7FG3).

(3) Une sélection des participants

La participation au paiement à la performance nécessite des conditions particulières, et certains regrettent la mise en place de critères d’éligibilité.

- *« Moi ils sont même pas venus pour me voir, tu te rends compte ? »* (M3FG3).

(4) Ne pas adhérer au paiement à la performance de la nouvelle convention : une possibilité mal connue

De nombreux médecins se sont plaints de l'acceptation tacite du paiement à la performance selon la règle du *« qui ne dit mot consent »* (M3FG4). Pour l'un d'entre eux, cela devait permettre d'assurer le *« triomphe de Mr Van Roeckeghem »* (M6FG4) (directeur général de la CNAMTS en 2012, NDA).

- *« Mais d'abord y a les gens qui, qui l'auraient pas accepté, mais qui savaient pas qu'ils pouvaient pas, que pour ne pas l'accepter il fallait envoyer une lettre recommandée »* (M6FG4).

(5) Un coût de réalisation élevé

Le paiement à la performance est considéré comme étant relativement onéreux, responsable de surcoûts. De plus, les médecins ne peuvent jamais être sûrs de la rentabilité de leur investissement, ignorant par avance les sommes qui leur seront octroyées selon leurs résultats. Un des médecins fait le rapprochement avec un investissement en bourse, avec un risque qu'il juge identique (M8FG4).

- *« Bon je lui ai dit pour lui faire plaisir que, pour ce qui me restait à faire, j'allais pas investir 1 500 € dans un ordinateur »* (M1FG4).

Le paiement à la performance n'est d'ailleurs pas considéré coûteux que pour les médecins, mais aussi pour la collectivité.

- *« Alors y a des gens, à la caisse, qui passent le temps à faire des, c'est très bien fait y a toutes les couleurs, des échelles, c'est merveilleux, mais je suis stupéfait de voir les sommes folles qui sont dépensées à la caisse* » (M9FG4).

(6) Un système générateur de formalités administratives

Un des médecins a insisté sur les importantes *« formalités »* et *« contrôles administratifs »* de ce système de paiement, qu'il a déjà expérimentés avec le CAPI (M9FG4).

- *« Depuis trois ans que le fais le CAPI, j'ai un classeur {montre une hauteur d'une trentaine de centimètres} comme ça rempli de diagrammes, avec mes prescriptions […] d'IEC et d'aspirine (.) {refait le même geste} Épais comme ça »* (M9FG4).

(7) Les indicateurs

Des doutes sont émis quant aux indicateurs choisis pour le paiement à la performance : certains *« prêtent à controverse »* (M4FG3). Le pourcentage de mammographies chez les femmes entre 50 et 75 ans a notamment fait débat dans un des focus groups (FG3) : tous les médecins n'étaient pas d'accord sur l'utilité de cet examen systématique ; la prescription de génériques a également été évoquée, par exemple avec les risques d'erreur dans la prise des médications chez les personnes âgées (M5FG2).

- *« On peut pas entre guillemets, mettre un indicateur en place, alors qu'il ne correspond pas à une amélioration de ta prise en charge de ta patientèle »* (M3FG3).

D'autres pensent au contraire que les indicateurs ont été bien étudiés et sont appropriés (M5FG3).

- *« Je discute pas des items : le nombre de fonds d'œil, d'hémoglobine glyquée, donner de l'aspirine euh, soigner les facteurs de risque c'est très bien »* (M9FG4).

(8) La difficulté à être jugé

Accepter d'être jugé n'est pas toujours évident. Un des médecins trouve que le paiement à la performance revient à les prendre pour des *« débiles »*, des « *abrutis* », ou des « *cons* » (M3FG1).

- *« Ben c'est vachement vexant, après trente ans de médecine, de savoir que t'es complètement nulle »* (M2FG4).

(9) Qui peut aboutir à des « rebellions »

Le rejet de ce système peut inciter à aller volontairement à son encontre. Un des médecins avoue ainsi faire *« tout l'inverse »* de ce qui est préconisé dans le paiement à la performance, uniquement par désaccord avec l'Assurance Maladie (M2FG4).

- *« Maintenant, ils m'embêtent tellement, que c'est : " Vous voulez « non substituable », je vous mets « non substituable ». Toute l'ordonnance ? Allez toute l'ordonnance " »* (M2FG4).

(10) Les objectifs

Les objectifs sont jugés trop difficiles. Ils sont décrits comme *« intenables »* (M2FG1), *« l'horreur »* (M6FG3) ou *« irréalisables »* (E1). Pour d'autres, ce n'est *« pas si facile »* (M3FG3), *« pas si évident »*, il *« faut ramer »* ou *« c'est dur »* (M6FG3). Plusieurs médecins estiment ainsi qu'ils risquent d'obtenir un score peu performant en raison de ces objectifs trop difficiles.

Un des participants résume d'ailleurs la difficulté de réalisation de ces objectifs par la formule : *« Je peux pas faire mieux que mieux »* (M8FG4).

La conséquence de ces difficultés de réalisation risque d'être une rémunération peu importante.

- « *Qu'est-ce que je vais avoir ? […] Si j'ai 100 € à la fin de l'année euh »* (M4FG4).
- « *Ils font tout pour qu'on puisse pas avoir plus que 1 000 € »* (M9FG4).

D'autres praticiens estiment au contraire que les objectifs ne sont *« pas si difficiles »* (M7FG3), *« faisables »* (E3) ou *« pas compliqués à tenir »* (M7FG4).

- *« d'après les indicateurs qui m'ont été proposés à la présentation, c'était facile à faire »* (M4FG3).

Certains facteurs sont néanmoins reconnus comme pouvant faire varier les réalisations : la polémique autour de la vaccination antigrippale A semble avoir joué un rôle dans l'accomplissement de l'objectif, tout comme le fait que les infirmiers puissent pratiquer cette injection (M5FG3). Le lieu d'exercice semble également modifier la tenue des objectifs. L'exemple des arrêts de travail selon l'âge de la population est ainsi pris en exemple par un des médecins (M8FG4).

Des inquiétudes sont aussi rapportées quant à l'évolution du paiement à la performance au fil du temps : le risque d'une *« augmentation de la pression »* et d'une *« barre d'exigences de plus en plus élevée »* (M9FG4), avec des objectifs de plus en plus difficiles à tenir, est mis en avant. Un des médecins résume l'idée qu'il se fait de l'évolution des objectifs par : *« au début c'est le jus d'orange et ensuite c'est l'huile de foie de morue »* (M9FG4).

- *« Je suis prêt à parier avec vous, mais je ne serai pas là pour le voir, que vos indicateurs dans les dix ans qui viennent ils vont être de plus en plus difficiles à tenir »* (M7FG3).

(11) La méfiance

Certains médecins sont méfiants vis-à-vis de ce nouveau mode de rémunération. Un d'entre eux parle de *« risque »* (M3FG2), un autre de *« système qui est très piégeux »* (M9FG4). Les chiffres liés à la performance rapportés par la caisse font part d'interrogations : les médecins se sentent *« pieds et poings liés »* vis-à-vis de ces derniers (M1FG4). Un autre praticien affirme que les médecins généralistes sont *« dans la lunette du viseur »* (M9FG4).

- « *C'est juste que c'était trop récent, je voulais juste attendre un peu, voir comment ça se passait, avant de m'engager. Je suis quelqu'un de prudent moi {sourire} »* (E3).
- *« C'est comme la roulette russe au casino, c'est programmé pour qu'on perde »* (M9FG4).

(12) Une ruse pour bloquer le tarif de C

L'instauration du paiement à la performance pourrait servir de prétexte pour ne pas augmenter la valeur de la consultation.

- *« Bon on peut quand même insister sur le fait que les honoraires vont être bloqués pendant cinq ans {rires généralisés} grâce au P4P là, le paiement à la performance »* (M1FG4).

(13) Un profit économique essentiellement pour la caisse

Ce mode de rétribution est vécu comme un moyen pour la Sécurité Sociale de faire des économies : un des médecins pense que le paiement à la performance ne servira qu'à *« réduire le déficit de la Sécu »* (M3FG1).

- *« Bah, c'est euh, le beurre et l'argent du beurre pour la Sécu quoi »* (M5FG1).
- *« Je veux bien soigner mes patients en fonction de ce que je crois être pas trop mauvais ou le moins mauvais euh, mais pas en fonction de ce que veut la caisse pour récupérer du pognon ou je ne sais quoi »* (M3FG2).

Ces économies sont parfois ressenties comme pouvant diminuer la qualité des soins, avec mise en avant d'une médecine jugée *« ancienne »*, *« avec des vieux médocs pas chers »* (M2FG1).

- *« on te propose des avancées médicales, on te propose des meilleures thérapeutiques, on te dit : " Oui mais non " »* (M5FG1).

(14) La nécessité de suivi des objectifs

Certains médecins regrettent que le système de paiement à la performance nécessite la contrainte de suivre ses indicateurs. Les médecins pourraient en devenir calculateurs.

- *« Moi je peux pas commencer disons, mon activité (.) ici -enfin continuer mon activité- en fonction de : " Ben alors attends, il faut que j'ai ça en tête, donc ça (.) Il faut que je fasse ça, comme ça j'aurai tant de milliers d'euros sur tant de mois " »* (M3FG1).

(15) La difficile compatibilité avec l'exercice en groupe

Il existerait des incohérences dans les programmes de P4P en France lors d'un exercice en groupe. Le système est jugé *« pas réaliste »*, ou qui ne tient pas compte de la *« réalité de terrain »* (M6FG4). Pour quelques médecins, le paiement à la performance est même incompatible avec ce mode d'exercice, certains cabinets fonctionnant avec des patients pouvant se rendre chez n'importe lequel

des médecins qui le composent. Ces derniers se plaignent donc que l'activité de leurs confrères pourrait influer sur les performances obtenues.

- *« Et ils nous ont dit que, dans un cabinet de groupe, ça ne compte pas si ce sont les associés qui voient le patient. C'est pas un patient qui est compté comme étant bien suivi. Voilà »* (M6FG4).

(16) Le P4P par rapport aux patients

Le fait de donner « encore plus » d'argent aux médecins n'a pas été forcément bien vu par les patients (M6FG4). Certains pourraient estimer que les médecins gagnent de l'argent sur leur dos (E1). Il existerait donc une possibilité de *« conflit d'intérêt manifeste »* (M3FG2) entre soignants et soignés.

- *« C'est-à-dire que euh à un moment donné y a quelqu'un qui arrive, il dit : " Ah j'ai mal à l'estomac. -Ah je suis désolé {rires}, je ne suis plus dans mon objectif. Repassez plus tard " »* (M3FG1).

(17) Un complément de rémunération utile…

Plusieurs médecins semblent néanmoins satisfaits des revenus liés à la performance.

- *« j'étais toute contente d'avoir touché mes sous, en me disant : " Ben c'est bien, trois ans comme ça, ça fait toujours un peu d'argent qui rentre " »* (M2FG4).
- *« Ah ben ça te paye les vacances hein »* (M4FG2).

(18) …Mais pas nécessaire ?

La rémunération n'est néanmoins pas obligatoire pour d'autres, les médecins devant soigner au mieux leurs patients avec ou sans incitation financière. Un des praticiens a pris l'exemple des RMO, qu'il rapproche des objectifs de rémunération à la performance, le paiement en moins (M1FG3).

- *« Donc on est tous d'accord pour l'idée d'avoir des indicateurs et tout, mais est-ce qu'il faut signer pour avoir des sous ? »* (M3FG3).

(19) La perte de la liberté

Le paiement à la performance servirait à influencer les médecins. Certains y voient une incompatibilité avec les principes de la médecine libérale (M4FG2), comme par exemple la liberté de prescription. D'autres médecins appréhendent de ne plus pouvoir sortir du système une fois rentré dans celui-ci (E1).

(20) Un mode qui reste volontariste

Les médecins ont cependant bien précisé que ce mode est basé sur le volontariat. Il n'est pas strict, les prescriptions restant libres y compris pour les médecins qui ont décidé d'y participer.

- *« Mais on n'est pas obligé, on n'est pas obligé de respecter ! Tu peux très bien dire : " On fait pas " hein »* (M2FG2).

(21) Un système permettant d'améliorer ses pratiques.

Le paiement à la performance est reconnu comme pouvant améliorer la qualité des soins. Certains l'ont ainsi qualifié d' *« intéressant »*, qui *« apporte quelque chose »*, d' *« utile »* (M5FG3) ou de « *vachement bien* » (M6FG3). Il s'agit d'un système qui a pour but de faire *« réfléchir »* (M4FG3, M5FG3) ou d' *« accepter de se remettre en cause »* (M6FG3). Certains l'ont aussi comparé à un *« audit de qualité »* (M3FG3, M4FG3, M6FG3).

- *« Je me suis lancé dedans, ça me semblait relativement séduisant parce que ça favorisait la qualité »* (M9FG4).

(22) Vers le changement : du CAPI à la nouvelle convention

Plusieurs médecins ont décrit le paiement à la performance comme une rémunération amenée à prendre une place croissante en France. Le fait de passer du CAPI, optionnel et volontaire, à la convention, universelle et plus ou moins forcée, prouve pour les médecins que le paiement à la performance ira probablement croissant en France.

- *« La montée en puissance de la rémunération sur objectifs, elle va, elle va continuer à croître »* (M4FG3).

(23) L'Angleterre, un exemple à suivre

Un des médecins a cité le P4P anglais comme référence ; il le juge plus complet que le système français (M4FG3), parce que la rémunération y est plus importante, et que les objectifs y sont plus adaptés selon lui.

e) *Le salariat*

(1) Un mode repoussé

Le salariat n'est pas toujours très apprécié. Certains praticiens semblent même le rejeter en bloc.

- *« Etre salarié, non hein, ça c'est clair ! »* (M4FG2).

(2) Des risques d'abus de la part des patients…

Un des médecins a avoué redouter le salariat pour l'expérience qu'il en avait fait dans le régime des mines, où les patients avaient tendance à abuser du statut de salarié de leur médecin : ils n'étaient pas polis, *« ne disaient pas toujours " Bonjour ", pas toujours " Au revoir ", et encore moins " Merci " »* (M3FG3).

- *« Les gars ils viennent, chaque fois qu'ils passent devant un dispensaire, il va venir juste pour voir si tout va bien, tu vois c'est (.) C'est du n'importe quoi »* (M3FG3).

(3) …Et des médecins

Le salariat pourrait aboutir également à des abus de la part des médecins, qui pourraient devenir moins attentifs à leur patientèle.

- *« C'est ça et c'est pas autrement. Tu veux plus revenir ? {sourit et mime un geste d'au revoir de la main} Bye-bye ! »* (M3FG1).
- *« Je veux dire, en tant que salarié, on foutrait des gens à la porte euh »* (M5FG3).

(4) Une nécessité d'être attractif

Le salariat est vécu comme un mode qui risquerait d'aboutir à des revenus moindres. Encore une fois, certains évoquent leur expérience en tant que salariés comme exemples. Ce mode devrait donc être au moins aussi attractif que le paiement à l'acte pour être accepté (M3FG3).

- *« Ben justement, je compare par rapport à la PMI, moi je gagne (.) Tu gagnes rien du tout »* (E1).

(5) Un mode plus rentable que le paiement à l'acte

Le salariat pourrait cependant aboutir à une meilleure rentabilité, notamment en raison de moindres charges.

- *« Et pourtant, on a généré plus d'argent en libéral qu'en salariat, mais avec le système des 57 % (.) »* (M8FG4).

(6) Une importance relative

Pour quelques médecins, le moyen de paiement, et notamment le salariat, ne changerait pas fortement leur manière de travailler : leurs pratiques seraient certainement les mêmes s'ils étaient salariés (MFG3).

- *« Si tous les mois tu toucherais la même chose en salaire, est-ce que tu travaillerais moins bien ? Mieux ? Tu deviendrais euh un fonctionnaire ? T'essaierais plus euh, de satisfaire tes patients ? »* (M3FG3).

(7) Des avantages

Les avantages inhérents au mode salarié semblent manquer aux médecins dans leur activité libérale.

Des notions réglementaires comme le *« droit du travailleur »*, *« le droit de l'employé »* et les *« prud'hommes »* (M3FG1) ont été évoquées, ainsi que la notion de *« contrat de travail »* (M3FG3). Un des médecins a également abordé la sécurité de l'emploi liée au salariat (M5FG3).

Le fait que les revenus soient fixes en salariat est également apprécié par les médecins (M2FG2), de même que la possibilité de primes. Pour certains, le salariat est synonyme d'avantages payés par l'employeur, tels que le *« local »* (M3FG2), la *« secrétaire »* (M3FG2, M3FG3), une *« bagnole »* (M3FG3). Un médecin a également évoqué la prise en charge de *« l'ancienneté »* en salariat, notion inexistante en libéral (M2FG2). Certains apprécient ainsi les perspectives d'évolution, avec augmentation de l'échelon de salaire avec le temps (M5FG3).

L'absence de comptabilité est un autre avantage du salariat apprécié par les médecins.

- *« Ben le salariat on compte pas nos charges, on compte pas l'essence qu'on dépense euh, les pansements qu'on achète ou je sais pas quoi moi »* (M6FG3).

D'autres relativisent cet argument, les salariés devant tout de même réaliser une comptabilité, avec notifications des frais de transport, de laverie et autres déductions : l'exemple des conjoints ou d'amis salariés est pris en exemple pour le prouver (M2FG3, M4FG3).

L'absence de charges est un élément important à prendre en compte pour beaucoup.

Le salariat est également appréhendé comme véhiculant moins de contraintes ; il est relié à la notion de congés payés, de RTT (M1FG4), à la possibilité d'arrêts maladie (M5FG3) ou de congés maternité (M3FG3), notions inconnues des médecins libéraux. Des praticiens ont précisé que le temps de

formation serait pris en charge dans le cadre d'un salariat (M2FG2, M3FG3). La possibilité de travailler 35 heures par semaine est également reliée à ce mode.

- *« Si c'est un salaire c'est 35 heures par semaine, 12 mois sur 12 »* (M4FG3).

Le système du salariat serait enfin moins anxiogène par rapport à la retraite, les praticiens seraient sûrs de pouvoir en bénéficier contrairement au système actuel (M5FG4).

(8) Un moyen de se la « couler douce »

Le salariat est parfois représenté comme permettant de modérer ses efforts au travail.

- *« Hein donc après c'est sûr que là, oui tu peux te dire : " Ouais, je me la fais tranquille hein. Je me fais un mi-temps thérapeutique euh, avec un plein temps quoi " »* (M2FG2).

Ce système pourrait ainsi aboutir à des charges de travail différentes entre les médecins, certains pouvant tenter de faire travailler les autres à leur place.

- *« y a des gens qui vont aller fumer leur clope, boire un café pendant que toi t'es en train de voir des malades. " Tiens tu peux pas me voir celui-là parce que (.) " »* (M5FG3).

(9) Moins de différences de revenus entre médecins

Un des participants a avancé le fait que le salariat permettrait de *« lisser »* les revenus entre les médecins (E3).

(10) Un mode apprécié

Le salariat est un mode apprécié par plusieurs médecins, il est même qualifié d' *« idéal »* par l'un d'eux (M5FG4).

- *« Moi j'aimerais bien être salariée par exemple. J'aurais aucun problème à être salariée »* (M6FG3).

Certains le voient comme une « *alternative symbolique du paiement à l'acte tout le temps tout le temps tout le temps »* (M3FG3).

(11) Un mode impossible en médecine générale en France

Le salariat ne pourrait pas exister en France selon certains, les médecins français n'étant pas « *éduqués pour des choses comme ça* » (M6FG4).

- *« Donc le salariat, le salariat pur et dur, il peut pas exister. Il peut pas exister parce que forcément, à un moment il faut indexer ton temps de travail […] sur quelque chose »* (M4FG3).

La mixité serait ainsi une solution quasi-obligatoire.

- *« Mais dans tous les cas ça reviendra toujours à du paiement à l'acte parce que la Sécu ils vont comptabiliser le nombre de personnes que tu soignes euh […] Même si t'es salarié »* (M3FG3).

(12) L'estimation du salaire pour 35 heures

Cette question plus quantitative a dérangé. Des médecins la jugent ainsi comme un sujet qui *« gêne »* (M3FG2) ou qui *« laisse les gens perplexes »* (M7FG3).

Les valeurs données sont variables, passant de *« 3 000 »* (E1), « *3-4 000 »* (M6FG3), *« pas moins de 4 000 »* (E2), *« 5 000 »* (M2-4FG4), *« 5 000 nets »* (M6FG4), *« aux alentours de 5 000 »* (E3), *« plus que 5 600 »* (M4FG2), *« 6 000 euros »* (M1FG4), *« 6 000 euros nets »* (M5FG4), « *6 500 »* (M3FG3), « *entre 7 et 10 000 euros »* (M2FG2), « *8 000 »* (M1-M5FG1) à « *8-9 000 euros »* (M3FG1).

f) Le paiement mixte

(1) Un système peu apprécié

Un des médecins semble ne pas aimer la possibilité d'un système mixte. Il le ramène à avoir le *« cul entre deux chaises »* (M1FG1).

(2) Une idée intéressante

Pour d'autres au contraire, un système mixte serait une idée intéressante. Il est ainsi jugé *« bien »* (M5FG2) ou *« pas mal »* (M2FG1) ; il permettrait de moduler les incitations générées par chaque mode pris séparément.

- *« Et donc avoir une double euh (.) une double casquette : une rémunération à l'acte pour certaines choses, et globale, c'est une idée qui est pas (.) pas débile »* (M5FG1).

(3) Un système particulier connu de certains

Certains connaissent des systèmes mixtes dans lesquels ils ont été amenés à travailler, comme par exemple au sein du régime minier, où il y avait *« 85 % du salaire qui étaient dépendants du nombre d'actes, sur l'année écoulée »* (M2FG2). Un autre parle de son expérience en tant que salarié en plus de sa rémunération à l'acte.

- « *Pourquoi pas euh, lever le pied au cabinet, prendre un poste complémentaire à côté, comme actuellement j'interviens plus facilement en maison de retraite »* (M6FG3).

Un des médecins précise que la mixité a déjà commencé en France, via le paiement pour les patients en ALD par exemple.

- « *Le paiement mixte, on en a un petit, on en a un petit peu en ce moment, quand on touche les ALD, c'est une sorte de paiement mixte ça »* (M4FG2).

(4) Présentant des avantages et des inconvénients de chacun des autres modes

Les médecins ont bien conscience que le paiement mixte présente des incitations propres à chacun des modes qui le composent : il associe le côté productif du paiement à l'acte et le côté préventif des modes de rémunération fixe.

- *« Avec une part de fixe et une part de variable pour motiver les gens, ça me paraît vraiment bien »* (M5FG2).

(5) Une formule adaptable

Le paiement mixte devrait selon certains médecins être personnalisable en fonction de leurs besoins et de leurs envies, avec par exemple la possibilité d'exercer sur plusieurs lieux différents au cours de la semaine (M6FG4). Les différents modes devraient néanmoins s'équilibrer dans l'idéal.

- *« Mais plus équilibrée : si c'est pour avoir 90 % de paiement à l'acte et 3 % pour les autres, c'est, c'est inutile quoi »* (E3).

(6) Un mode plus facile en groupe

Cette mixité irait idéalement de pair avec un travail en groupe, l'exercice seul étant moins souple.

- *« si on est tout seul dans un cabinet, et qu'on est jamais là, on va avoir la réputation d'un migrateur, et donc euh la clientèle ça va s'en ressentir. Mais, si on est dans un cabinet de groupe ou les horaires sont assurés, la permanence est assurée, on peut se permettre, de faire des trucs ailleurs, en complément »* (M6FG4).

(7) L'évolution en cours

Les médecins sont conscients que les paiements mixtes vont être amenés à se développer, puisqu' *« on y vient tout doucement hein de toute façon »* (E3). Quelques-uns ont ainsi déjà *« anticipé, en diversifiant leur activité, en se disant qu'ils ne font plus <u>que</u> du paiement à l'acte* » (M6FG4). Certains font également de la régulation en centre 15, des vacations en crèche… (M6FG4).

- *« Y aura certainement des solutions mixtes, c'est-à-dire qu'on va donner euh, une petite part de (.) de rémunération forfaitaire pour certaines choses »* (M1FG3).

Un des participants a d'ailleurs partagé sa connaissance du fait que les pouvoirs politiques, de droite comme de gauche, se penchaient sur le développement des Nouveaux Modes de Rémunération (M6FG3), prouvant que les systèmes mixtes ont de l'avenir.

2. Les revenus

a) Un niveau trop bas

(1) En général

Plusieurs médecins s'accordent pour dire que leur niveau de revenus n'est pas assez élevé. Il est ainsi décrit comme *« insuffisant, et depuis des lustres »* (M4FG1), *« pas suffisant »* (M2FG2, M3FG2), *« pas assez »* (M3FG2, M4FG2) ou *« pas au niveau »* (M4FG2).

- *« C'est sûr que si on te donnait, si on te donnait 20 % de plus en terme d'honoraires, ça serait avec plaisir »* (M4FG3).

(2) Le coût de la consultation en particulier

Ces revenus insuffisants sont reliés à la valeur de la consultation, jugée peu élevée. Elle est décrite comme *« ridicule »* (M3FG1), *« sous-estimée »* (M5FG1, M2FG4), *« trop basse »* (M4FG4) ou *« pas assez »* (M8FG4).

- *« je suis gêné d'être payé à l'acte, pas en, pas en tant que rémunération d'un travail fourni, mais par le montant que l'on demande {rires} »* (M5FG4).

Quelques médecins pensent que la revalorisation de la consultation est nécessaire (M3FG2, M3FG3, E2). D'autres estiment au contraire qu'elle ne changerait rien, en terme de quantité de travail en tout cas, et pourrait même paraître abusive selon son tarif.

- *« Non mais si on te disait, si on te disait " Voilà, y a plus de, y a plus de, y a plus de C ", ça changerait quoi dans ta journée, tu dirais " Non " aux gens parce que tu as eu suffisamment ? Non tu le ferais pas. Donc ça change rien »* (M1FG2).
- *« Parce que pour une angine, pour une rhinopharyngite, 50 euros, ça me fait mal de les demander hein »* (M6FG3).

(3) Moins de consommation : les effets de la crise économique

Un des médecins a relevé une discrète baisse de la consommation médicale en rapport avec la crise économique actuelle. Il prend l'exemple des boîtes de médicaments pour trois mois, de plus en plus souvent demandées par les patients (M9FG4).

(4) Rapporté aux études

Le niveau de revenus est jugé trop bas par rapport au niveau d'études par la majorité des médecins, notamment en raison de l'âge tardif d'arrivée sur le marché du travail (M9FG4).

- « *Bon effectivement, on pourrait peut-être gagner plus par rapport […] aux études fournies »* (E1).

(5) Rapporté aux charges

De nombreux médecins se sont plaints de charges trop importantes en libéral, que ce soient celles du cabinet ou celles concernant les impôts. Certains s'estiment *« ponctionnés »* par les pouvoirs publics (E1). D'autres se plaignent de la somme trop basse restant par consultation après déduction des charges (M2FG4) ; un des médecins avance à ce propos le chiffre de 57 % (M8FG4) : sur 23 euros, il

ne lui reste que 43 % après prélèvements des charges et impôts. Le revenu est d'ailleurs décrit comme un *« résidu »* après ces ponctions (M1FG3).

- *« Largement insuffisant par rapport à ce que (.) surtout par rapport au, à ce qu'on donne aux impôts quoi, et l'URSSAF »* (E2).

Certains ont évoqué des solutions possibles pour diminuer ces charges, comme par exemple se salarier soi-même à travers une société lors d'un exercice en groupe, afin de diminuer les impôts sur le revenu (M4FG3, M6FG3).

(6) Rapporté aux responsabilités

Les revenus sont également jugés trop faibles par rapport aux responsabilités qui incombent au métier de médecin généraliste. Un des praticiens s'insurge contre les actes qui sont revendiqués comme devant être gratuits alors qu'ils engagent tout de même sa responsabilité (M1FG4).

- *« mais qui doit de grosses responsabilités, pour 23 euros. Point. Ça s'arrête là »* (M4FG1).

(7) Rapporté au temps de travail

Les médecins s'accordent sur le fait que si leurs revenus sont corrects, c'est parce qu'ils travaillent beaucoup, mais que si on rapportait leur rémunération à leur temps de travail, ils ne seraient pas particulièrement privilégiés et rejoindraient même *« les catégories moyennes basses »* (M9FG4). Un des médecins qualifie le tarif horaire de *« ridicule »* (M4FG2), d'autres d' *« indécent »* (M2FG4, M8FG4), *« très insuffisant »* (M5FG4), *« très indécent »* (M8FG4) ou *« trop faible »* (M2FG4).

- *« On gagne bien notre vie parce qu'on fait des tonnes d'heures »* (M1FG1).
- « *En heure on est au SMIC oui c'est sûr »* (M4FG4).

(8) Rapporté aux efforts fournis

La rémunération pourrait aussi être plus importante au regard des efforts fournis. Un des médecins décrit son revenu comme « *complètement sous-évalué »* au vu des *« charges administratives »* et des *« papiers de plus en plus importants »* (M5FG1). Le terme de *« mériter plus »* (M4FG3) est utilisé, prouvant que les médecins estiment que leurs revenus ne sont pas en adéquation avec leur utilité.

- *« Bon effectivement, on pourrait peut-être gagner plus par rapport au travail fourni »* (E1).

(9) Comparé à d'autres métiers

Les médecins ont tendance à comparer leurs revenus à ceux d'autres professions, ou tout du moins à ceux qu'ils pensent être ceux d'autres professions. Ils trouvent ainsi fréquemment que ces métiers sont trop payés par rapport à eux.

Ils se confrontent ainsi à d'autres professionnels de santé gagnant bien leur vie alors que leur fonction est jugée inférieure, en raison d'études moins longues notamment, comme les podologues (M4FG1) ou les ostéopathes (M2FG4).

L'importante différence de revenus entre généralistes et spécialistes est jugée anormale, voire *« un problème »* (M7FG3). Certains s'appuient sur le fait que la médecine générale est maintenant considérée comme une spécialité comme une autre pour réclamer des revenus équivalents. Il a ainsi été dit que *« le radiologue gagne trois fois trop »* (M3FG2), de même que le cardiologue (M2FG2). Un des médecins résume cela par *« on gagne bien notre vie, les spés en gagnent beaucoup trop »* (M7FG3).

- *« Bon après, si on nous dit qu'on est des médecins spécialistes euh, je vois pas pourquoi (.) on serait payé moins qu'eux »* (M4FG2).

Pour certains médecins, cette différence provient du fait que certaines spécialités ont tendance à fournir une activité plus technique, les généralistes étant plutôt orientés vers des actes cliniques.

- *« la valorisation des actes techniques, par rapport à la valorisation de l'acte intellectuel, la disproportion est trop grande »* (M4FG3).
- *« nous on est médecin on est généraliste, on vend un acte intellectuel {sourire} »* (M5FG3).

D'autres vont plus loin et imputent directement leurs revenus plus bas aux spécialistes. Un des médecins parle de l'ONDAM, voté par le Parlement, et qui comprend l'augmentation de tous les honoraires médicaux libéraux : il pense que les honoraires des généralistes augmentent peu parce que ceux des spécialistes leur « prennent la place » (M7FG3).

- *« Enfin du coup si on envoyait moins chez le spé, la caisse elle aurait plus de sous elle nous augmenterait »* (M3FG3).

La différence s'expliquerait également par les abus de certains spécialistes : ils auraient parfois tendance à réaliser des examens non indispensables. Un des médecins précise qu'ils doivent *« rentabiliser »* (M7FG3) leur matériel. Un autre insiste sur le fait que la différence entre généralistes et spécialistes vient essentiellement des dépassements d'honoraires (E1).

- *« {énumère sur ses doigts} Y a des tests d'effort pour rien, y a des gaz du sang pour rien, la radio du poumon, l'EFR, les B2-mimétiques, y en a des kilos comme ça des exemples »* (M4FG3).

- *« Si, une anecdote marrante, y a une dermato à X, il paraît que dans sa salle d'attente y a affiché : " Pour le tarif de la consultation, je répondrai à la question de votre médecin traitant. Toute question supplémentaire sera facturée en supplément " »* (M6FG4).

Pour un des médecins, les différences entre généralistes et spécialistes vont *crescendo* : auparavant les pratiques étaient plus uniformes, mais les spécialistes ont au cours des dernières décennies multiplié les cotations d'actes différents, tandis que les omnipraticiens restaient au C (M7FG3).

Certains sont résignés, et le fait que les spécialistes gagnent plus d'argent est parfois jugé normal.

- *« mais je te demande pas de te comparer par rapport au professeur de médecine nucléaire, évidemment lui il va gagner plus que moi »* (M4FG3).

Même les remplaçants semblent gagner trop d'argent, ou être en tout cas *« trop payés »* (M3FG2). Un des participants déclare qu'il gagnait plus d'argent en tant que remplaçant que depuis qu'il est installé, certains soucis administratifs en moins (M4FG4). Le calcul semble donc rapidement fait.

- *« Quand on discute avec des remplaçants, et notamment X qui me dit qu'il est très bien à travailler comme ça, à faire euh, quatre demi-journées par semaine […] et que ses revenus sont pas loin des nôtres »* (M7FG3).

Les revenus sont aussi jugés trop faibles par rapport à d'autres métiers dits « supérieurs » : les médecins pensent vivre comme *« un cadre moyen »* (M5FG1), et moins bien qu'un ingénieur (M8FG4).

Les autres professions libérales sont considérées comme privilégiées : une discussion avec un notaire est rapportée. Celui-ci semble gagner sa vie au moins aussi bien qu'un médecin alors qu'il a fait moins d'études, qu'il bénéficie d'aides et peut partir en vacances. Le praticien conclut par : *« j'aurais du faire notaire »* (M3FG1).

Des médecins ont semblé gêné par le fait que certains métiers manuels ont des revenus corrects, leur taux horaire étant jugé trop important par rapport à leur fonction. Les exemples des plombiers, serruriers, mécaniciens, électriciens ou même des *« gardes à Cora »* (M8FG4) sont ainsi cités (M2FG1, M3FG1, M5FG1, M2FG2, M5FG4).

- *« Je trouve ça vraiment insuffisant de demander 23 € actuellement, par rapport aux tarifications d'un plombier, d'un électricien »* (M5FG4).

D'autres métiers sont également décrits comme aboutissant à une trop forte rémunération par rapport aux médecins généralistes : il a été fait référence au salaire des footballeurs (M6FG4), ou à celui des commerçants (M3FG4).

(10) Rapporté au SMIC

Les revenus ont également été comparés au SMIC. Les médecins estiment ainsi leur rémunération insuffisante, passant « seulement » de *« deux SMIC l'heure »* (M8FG4) à *« trois fois plus que le SMIC »* (M4FG3).

(11) Comparé à d'autres lieux

Il a été précisé qu'en région parisienne ou en PACA par exemple, les médecins gagnent plus d'argent que dans notre région (M2FG4, M5FG4), en raison d'un exercice plus fréquent en secteur 2, rare en Lorraine.

(12) La tendance à la dégradation

Les revenus et le niveau de vie des généralistes semblent avoir tendance à décroître au fil du temps. Le terme fort de *« paupérisation »* a été utilisé (M7FG3).

- *« Moi j'ai l'impression que dans le temps, les généralistes ou les médecins vivaient <u>très bien</u> […] et que maintenant on vit (.) bien »* (M2FG1).

(13) L'inquiétude par rapport à la retraite

Certains médecins semblent inquiets quant à leur retraite, et plusieurs ont des doutes quant au fait même de « *pouvoir la prendre »* (M5FG4).

b) Les revenus satisfaisants

(1) Un niveau correct

Plusieurs médecins semblent *« satisfaits »* (M5FG2, M5FG3, E3) de leurs revenus, et se considèrent comme des *« privilégiés »* (E3), avec une *« certaine forme d'aisance »* (M5FG3), ou en tout cas *« pas malheureux »* (M3FG2, M4FG2). Le niveau de revenus est jugé comme *« <u>suffisant</u> »* (M4FG3) ou *« correct »* (M5FG3). Un des médecins rapporte avoir *« de quoi vivre largement »* (M3FG2).

- *« Non mais c'est sûr, si tu nous compares à une femme de ménage, tu peux hurler »* (M4FG2).

(2) Un revenu tout de suite maximal

Un médecin a insisté sur le fait que les généralistes, s'ils s'investissent, peuvent obtenir un revenu maximal dès leurs premières années d'installation, contrairement aux ingénieurs par exemple, qui voient leur salaire augmenter avec leur expérience (M4FG3). Un autre ajoute que le risque de chômage et d'inactivité est quasi-inexistant en médecine générale (M5FG3).

(3) D'autres spécialités moins favorisées que la médecine générale

Certaines spécialités ne sont pas à envier par rapport à la médecine générale : les pédiatres ou les psychiatres par exemple ne sont pas considérés comme privilégiés.

- *« Non, non, non, en bas les pédiatres, ensuite les psychiatres, et ensuite les médecins généralistes »* (M4FG3).

3. Les conditions de travail

a) Le métier de médecin généraliste

(1) Vers un ras-le-bol ?

Plusieurs médecins ont montré une certaine usure psychologique. Un d'entre eux généralise et parle d'un moral en berne pour les médecins généralistes (M5FG4), un autre ironise sur un article que pourrait rédiger un journaliste qui tomberait sur un des focus groups : il s'intitulerait *« {ironique} Les généralistes, heureux »* (M7FG3).

- *« Maintenant je n'en ai plus … {montre le dictaphone en souriant} Fermez-ça. Je n'en ai plus rien à battre (.) »* (M3FG1).
- *« C'était affolant {soupire} Non je pouvais plus, psychologiquement c'était plus possible »* (M2FG4).

(2) Le besoin de souffler

Des périodes de repos ou d'activités autres que la médecine semblent nécessaires afin de « recharger les batteries ». Certains ont par exemple besoin de périodes de vacances conséquentes, avec huit (M4FG3) voire douze semaines (M6FG3) par an.

- *« Y a un moment le temps est inestimable mais ton temps à toi quoi […], ton temps à toi, que tu gardes pour toi »* (M6FG3).

(3) La perte du prestige

Le prestige qui était autrefois associé à la fonction de médecin de famille est de moins en moins important, le généraliste étant devenu au fil du temps *« monsieur tout-le-monde »* (M4FG1), alors qu'il bénéficiait auparavant d'une *« place (.) dans le village »* et d'un *« respect »* (M4FG1).

- *« Oui, comme on change d'épicier. Alors que (.) on est médecins quoi merde »* (M2FG1).

(4) L'impression de faire autre chose que de la médecine

Des médecins se sont plaints du fait qu'ils passaient leur temps à faire autre chose que simplement de la médecine. Cela aboutit de ce fait à une impression de ne plus réellement être médecin. Un d'entre eux décrit d'ailleurs les médecins non plus comme des soignants mais comme des *« prestataires travailleurs de santé »* (M9FG4).

- *« Et puis on ferait (.) finalement pourrait, faire de la médecine {soupir} »* (M3FG1).

(5) Des fonctions multiples

Le métier de médecin généraliste est ainsi analysé comme étant une accumulation de plusieurs fonctions différentes, passant de la médecine à proprement parler, au remplissage de documents administratifs ou à la gestion et à la comptabilité. Un d'entre eux décrit les médecins comme des *« couteaux suisses à tout faire »* (M5FG1). Un autre les assimile à des *« chefs d'entreprise »* (M5FG3).

Un des rôles que doivent tenir les omnipraticiens est celui de médecin traitant. Ils sont conscients de leur rôle de coordonnateurs de soins, mais regrettent simplement que cette fonction ne soit pas plus valorisée (M5FG1).

- *« Ce qu'il y a aussi, c'est que le spécialiste c'est un correspondant, et qu'il envoie du courrier. Donc notre rôle c'est aussi de centraliser les informations pour expliquer un peu »* (M5FG3).

Les prises en charge en médecine générale s'assimilent parfois aux activités des spécialistes, par exemple par la cotation similaire avec les pédiatres, qui utilisent aussi les C+MGE ou C+MNO (M4FG2). Les médecins généralistes ont aussi une activité de gynécologie, pouvant faire s'interroger les femmes sur le choix d'aller consulter un gynécologue ou son médecin traitant (M3FG3). Enfin un des médecins décrit des consultations de plus en plus compliquées qui pourraient presque s'assimiler à de la médecine interne (M7FG3).

- *« Mais de plus en plus on fait des consultations qui deviennent (.) drôlement tarabiscotées, et qu'on ne boucle pas en dix minutes ou un quart d'heure »* (M7FG3).

Les omnipraticiens se reconnaissent également un rôle de formateurs des jeunes médecins, notamment pour ceux qui sont maîtres de stage (M3FG3, M6FG4).

Enfin, une partie importante du métier de médecin généraliste consiste à remplir des documents administratifs. Certains se plaignent d'ailleurs de l'accroissement de ces tâches, chronophages (4 heures de *« paperasse »* dans une enquête du Quotidien du médecin rapportée par un participant (M6FG4)), et qui ne devraient pas forcément leur être octroyées. L'un d'entre eux assimile ainsi les médecins à des *« assistantes sociales »* (M4FG1).

- *« Du coup, avant, vous remplissiez, ben je sais pas, une quinzaine-vingtaine de dossiers par an. Là, actuellement, y en a {geste de haussement d'épaule en signe de résignation} pas moins de deux par semaine »* (M5FG1).
- *« De toute façon au fil du temps les papiers ont largement augmenté. Par rapport à y a trente ans je veux dire. Avant on faisait notre feuille de soins, notre ordonnance, c'était terminé. Y avait pas d'ALD, y avait pas de COTOREP »* (M6FG4).

(6) La solidarité

Les médecins se considèrent comme bienfaisants envers les patients, notamment par l'exemple des actes gratuits. Cependant, si certains vivent cette pratique comme une possible satisfaction voire une gratification en enlevant la dimension commerciale à leur geste (M3FG3), d'autres semblent plus mitigés.

- *« Moi je donnerai un autre exemple de satisfaction, c'est, quand on est en libéral, le fait de faire un acte gratuit, à mon avis ça a une certaine importance »* (M1FG3).
- *« Je veux dire, ce sont des honoraires, ça <u>honore</u> un acte. Bon si tu estimes que ton acte n'est pas un acte (.) »* (M7FG3).

(7) Les horaires

Les horaires sont jugés comme trop élevés, rapportés à la population générale par exemple. Un des médecins déclare que *« Mercredi midi, les 35 heures sont faites »* (M4FG1), un autre rapporte une durée hebdomadaire de travail de 60-70 heures (M5FG1). La plupart semblent d'accord pour affirmer qu'ils travaillent *« plus que la moyenne »* (M5FG3).

- *« parce que j'ai fait deux fois 35 heures toute ma vie alors […] Et j'en suis pas mort »* (M1FG3).
- *« Parce que moi je travaille entre 40 et 50 patients par jour, je commence à 8h10, et je finis à 22h »* (M4FG3).

Ces horaires importants sont considérés comme étant peu malléables et non comme un choix (M4FG3), la demande de soins n'étant pas facilement adaptable.

- *« Est-ce qu'on arriverait à en faire moins ? Je suis pas sûr que euh, je suis pas sûr qu'on puisse arriver à en faire moins hein »* (M3FG2).

Les horaires et l'activité sont cependant inégaux, certains périodes riches s'enchaînant avec des moments plus creux, dans la journée comme sur l'année. L'été est ainsi réputé comme étant plus calme (M1FG2, M2FG4).

- *« Attends, tu veux dire temps de travail ou après temps effectif ? C'est (.) temps de présence ou temps effectif ? Parce que des fois on est là aussi euh, sans avoir rien à faire »* (M2FG2).

Les médecins travaillent différemment pour organiser leur emploi du temps. Certains praticiens reçoivent uniquement sur rendez-vous par exemple.

- *« C'est quand même plus souple de travailler sur rendez-vous, que d'arriver avec une, une demi-heure, une heure de retard parce que t'as eu une urgence »* (M5FG4).

(8) Une nécessité de formation continue

La formation continue est reconnue comme une obligation.

- *« Notre activité aujourd'hui c'est pas que " J'ouvre mon cabinet, je ferme mon cabinet ". C'est aussi, " je vais me former, je prends du temps pour me former ", etc »* (M5FG3).

(9) Une attractivité limitée

La profession de médecin généraliste n'apparaît plus très attractive, raison pour laquelle les nouveaux diplômés ne s'installeraient plus en cabinets de ville. Un des praticiens rapporte d'ailleurs le chiffre

peu élevé de 10 à 15 % de jeunes médecins prêts à s'installer en libéral, tous les autres cherchant *« autre chose »* (M6FG4).

- *« Mais comment se fait-il alors que tous ces jeunes qui sortent de fac se précipitent pas vers la médecine générale encaisser des sommes astronomiques ? »* (M7FG3).
- *« Arrêtez on va lui foutre le moral à plat eh ! Eh on va lui foutre le moral à plat, il va faire autre chose »* (M5FG4).

(10) Un travail individuel…

Le travail est jugé individuel, il ne peut être fait que par le médecin lui-même, sans *« délégation possible »* (M5FG1). Le contre-exemple du pharmacien est pris, ce dernier pouvant partir en vacances alors que *« la boutique elle tourne toujours »* (M1FG4).

- *« Parce qu'on est tout seul dans nos pratiques »* (M6FG3).

(11) … Mais de plus en plus en groupe

Le regroupement est vécu comme une amélioration des pratiques, voire une nécessité. Elle permet en effet *« d'avoir une permanence de soins »*, de *« laisser à d'autres, déléguer à d'autres un temps donné »* (M3FG3).

- *« y a vingt ans, on s'installait chacun dans son coin. Maintenant on est incité à se regrouper, travailler à deux voire trois, voire des gros cabinets »* (M5FG3).

(12) Le besoin de sentir l'approbation des confrères

Les médecins ont semblé chercher au fil des débats l'approbation de leurs confrères.

- *« Donc vous n'avez pas le, le retour : est-ce que les autres pensent comme nous ou (.) »* (M1FG1).

Certains d'entre eux pensent d'ailleurs que l'ensemble de la profession a les mêmes opinions.

- *« Je pense, je pense que vous n'aurez pas 36 versions »* (M4FG1).

(13) Des gens qui aiment l'argent ?

Les médecins généralistes semblent intéressés par le profit. C'est en tout cas l'image que certains ont de leurs confrères.

- *« Non, toi tu travailles pour le pognon, ça je sais bien »* (M3FG2).
- *« Et, les médecins, on leur a collé une carotte en disant : {fait un mouvement avec sa main} " Ta da da da da ", et y en a 10 000 ou 15 000 qui ont foncé là-dessus »* (M7FG3).

(14) Des tricheurs ?

Certains voient leurs confrères comme des gens pouvant frauder pour augmenter leurs profits, quitte à recevoir une partie de leurs revenus *« au black* » ou de conserver une *« caisse noire »* (M3FG3). Ces pratiques sont rapportées pour certains anciens médecins mais ne semblent plus être actuelles (M3FG3). Des doutes sur l'éthique des médecins sont cependant ainsi mis en avant (M4FG3).

- *« Après tu peux, tu peux tricher, tu peux multiplier les actes, tu peux dire euh : " Monsieur, faut revenir la semaine prochaine ", " Faudrait revérifier " ou euh »* (M4FG3).

(15) Un métier apprécié

Certains précisent qu'ils apprécient leur métier. Il est décrit comme *« intellectuel »*, *« passionnant* » *et « qui se renouvelle tout le temps »* (M5FG3). Un des médecins retraités affirme ne pas avoir été *« assez dégoûté »* puisqu'il continue son activité après le temps imposé.

- *« Si t'étais ingénieur, mais tu serais pas heureux de faire ton boulot. On est content de faire notre boulot aussi. On a la chance d'être en contact avec les autres, d'avoir l'impression de les aider etc, c'est, c'est du bonheur notre métier donc euh »* (M3FG3).

(16) Un métier de responsabilités

Les responsabilités sont reconnues comme faisant partie intégrante du métier de médecin généraliste, qui est décrit comme une profession *« à haut risque »* (M3FG1). Il est par exemple notifié des possibilités de procès en cas d'erreur médicale.

- *« Si on fait une couille, c'est qui qui va trinquer ? »* (M3FG1).

Certains estiment que ce métier impose, de par ces responsabilités, un travail de qualité.

- *« Moi je soigne, j'essaye de faire ça le moins mal possible »* (M3FG2).

b) L'évolution

(1) Dans l'organisation

De nombreux médecins ont noté des changements dans leur manière de travailler, tels l'usage de l'informatique (M1FG3), les renouvellements d'ordonnance (M4FG2, M5FG4) ou la carte vitale (M5FG4).

- *« Alors à côté je pense que nos pratiques au jour d'aujourd'hui c'est pas les mêmes qu'il y a vingt ans »* (M5FG3).

(2) Les progrès médicaux

L'évolution en marche concerne également le domaine médical proprement dit, certains se remémorant une époque où moins de traitements étaient disponibles.

- *« la médecine a quand même beaucoup fait de progrès entre guillemets »* (M6FG3).

(3) Une évolution de la société

La nécessité d'un changement plus radical a été avancée, qui devrait concerner toute la société et pas seulement la médecine.

- *« Mais c'est le, la mentalité de tout le pays qu'il faut changer »* (M1FG1).

(4) L'immuabilité

Pour un autre médecin au contraire, l'évolution est très lente, les conditions étant les mêmes *« depuis des lustres »* (M4FG1).

- *« ça, ça a été conçu déjà depuis des années, ça date pas d'aujourd'hui hein »* (M4FG1).

c) Les relations avec les autres métiers de la santé

(1) Avec les urgentistes

Un des focus groups a évoqué les urgentistes (FG1), et a critiqué leur activité, moins importante que celle des médecins généralistes, dans l'hôpital local en tout cas.

(2) Avec les spécialistes

Des incompréhensions entre les généralistes et les spécialistes ont été rapportées, pouvant parfois être quasiment assimilées à une *« guéguerre »* (M7FG3).

- *« Mais ça c'est pas lié à la tarification à l'acte, ça je pense que c'est lié à nos problèmes avec les spés quoi »* (M3FG3).

La politique de l'adressage vers le spécialiste a été remise en question par un des praticiens (M7FG3). Il qualifie ce système de *« brinquebalant »*, notamment en raison de l'attitude de certains spécialistes qui demandent une lettre après leur consultation avec le patient, ou par les excès qu'entraîne selon lui ce système.

- *« Maintenant RIVOTRIL®, faut que tu envoies chez le neurologue. Pour quatre gouttes de RIVOTRIL® »* (M7FG3).

Les patients deviennent alors un enjeu stratégique de cette « guerre ».

- *« Moi y a des dermatos, je leur envoie plus personne parce que je <u>sais</u> que je vais pas revoir le patient. Je le fais plus »* (M7FG3).

Un des médecins souligne tout de même que les relations avec les spécialistes sont parfois pacifistes et qu'il a confiance en certains de ses correspondants (M7FG3).

(3) Avec les pharmaciens

Le fait que les pharmaciens soient amenés à renouveler les médicaments ou gérer le traitement anticoagulant n'est pas bien vécu par les généralistes, qui pensent être plus à même de réaliser ces tâches. Certains redoutent des *« complications »* (M8FG4, M9FG4) voire des *« désastres »* (M9FG4).

- *« Les INR, la surveillance des INR par le pharmacien oui, ça ça promet »* (M6FG4).

d) Les relations avec la sécurité sociale

(1) Une relation intéressée

Certains médecins pensent que la caisse n'a pour intérêt que son propre profit dans ses relations avec les médecins généralistes. La notion de *« carotte »* est rapportée par plusieurs d'entre eux (M3FG1, M7FG3).

- *« mais tout est fait dans un but euh, uniquement d'argent quoi »* (M4FG2).

(2) Une relation déformée par la presse

La relation entre médecins et caisses de sécurité sociale est souvent déformée par la presse d'après les omnipraticiens.

- *« Et c'est même récurrent dans la presse, parce quand y a des articles sur les revenus des médecins et les relations avec la caisse, on a encore des journalistes qui disent : " Oui mais les médecins sont payés, on leur paye leur informatique " »* (M1FG4).

(3) Le combat

Le vocabulaire du combat a souvent été abordé dans les relations entre médecins et caisses de sécurité sociale.

- *« Y a pas le courage des actes hein »* (MFG1).
- *« d'abord c'est une négociation conventionnelle, et pour avoir un euro sur le C, il faut se battre trois ans »* (M7FG3).

Un des médecins avoue d'ailleurs avoir envoyé quelques lettres insultantes au directeur de la caisse (M3FG2).

(4) La méfiance

Les relations entre médecins et caisses d'assurance maladie sont des relations de méfiance, la caisse ne faisant pas totalement confiance aux médecins généralistes… Et réciproquement.

- *« Donc la caisse, la parole de la caisse {se met le doigt dans l'œil} hmm hmm {rires}, j'y crois pas {rires} Pas du tout {rires} »* (M3FG2).
- *« Maintenant tu peux plus, de toute façon y a tout qui est comptabilisé par la caisse, envoyé aux impôts »* (M3FG3).

(5) Des antécédents d'incompréhension

Certains médecins justifient cette relation de méfiance par des événements ayant jalonné leur parcours professionnel, où caisses et médecins ne s'étaient pas compris. Il est ainsi question du blocage à l'entrée du secteur 2 (M3FG2) : pour forcer les médecins à rester en secteur 1, la caisse avait promis qu'elle rouvrirait l'accès au secteur 2, mais ne l'a jamais fait. On évoque également l'Avantage Social Vieillesse (M3FG2), qui représentait une retraite complémentaire promise aux médecins pour les inciter à se conventionner en 1971. Des problèmes de gestion ont obligé les caisses à modifier les conditions d'application initiales de l'ASV, entrainant une appréhension financière de la retraite pour de nombreux praticiens. Le paiement différé (M3FG2) ou le remboursement des CMU (FG4) semblent également peu fiables, les médecins ne récupérant pas toujours les sommes qui leur sont dues. Enfin, un des médecins relate son problème avec son informatisation (M8FG4) : la caisse d'assurance maladie n'a pas voulu lui accorder l'aide promise, car sa demande de remboursement a été trop tardive.

- *« Les promesses, j'en ai vu passer des promesses, des machins »* (M7FG3).

(6) Des erreurs

Les déclarations de la caisse ne sont pas considérées comme paroles d'évangile : plusieurs erreurs ont été relevées par certains médecins.

Un des participants précise que les médecins conseils ne respectent pas forcément les références dans leurs recommandations pour les traitements antihypertenseurs (M2FG1).

Un autre rapporte ses échanges avec une déléguée, qui n'avait pas l'air de bien assimiler le fonctionnement pratique d'un cabinet de médecine générale.

- *« Alors le plus, le plus rigolo pour bien montrer qu'ils sont à côté de la plaque, c'est que quand les petites DAM se pointent : " Mais comment ? Vous avez des problèmes avec la CMU ? Mais si vous ne savez pas, mais vous allez sur le site, sur ameli etc Espace pro ", alors je lui dis : " Et vous pensez que quand la salle d'attente elle est pleine, entre deux patients, on va prendre cinq minutes à chaque fois " »* (M6FG4).

Quelques médecins pensent ainsi que la caisse devrait se contenter d'assurer les patients, sans chercher à s'immiscer dans les pratiques médicales.

- *« La philosophie des choses elle est pas compliquée en fait : {tape l'index sur la table pour énumérer} l'assureur assure, le médecin soigne, et les vaches seront bien gardées […] eux qu'ils essayent d'assurer le moins mal possible, ça sera déjà pas mal »* (M3FG2).

Une des médecins relate également son expérience avec le site ameli.fr, où il, et beaucoup d'autres également selon lui, avaient reçu des formulaires qu'ils n'avaient pas commandés, sans que la caisse soit en mesure d'arrêter le processus (M2FG4).

(7) Les spécialistes et pharmaciens favorisés

Certains estiment que les caisses favorisent les spécialistes : non seulement elles négocient les conventions avec des médecins spécialistes, mais elles ne font pas leur travail par la suite en ne sanctionnant pas les abus de ces derniers (M4FG3).

De la même manière, envisager de permettre aux pharmaciens de renouveler les ordonnances est imputé aux caisses d'assurance maladie et est mal vécu par certains (M8FG4).

e) Les relations avec le patient

(1) Au service du client

Les médecins ont l'impression d'être des commerçants vis-à-vis de leurs patients, et de devoir comme n'importe quel autre vendeur prendre en considération leurs envies. Plusieurs médecins utilisent d'ailleurs le terme de *« clients »* ou *« clientèle »* à la place de « patients » ou « patientèle » (M3FG3, M4FG3, M1FG4).

- *« Parce que y a cet aspect, cet aspect mercantile {M2 acquiesce} effectivement […] Euh y a un aspect <u>commercial</u> dans la médecine, c'est un service »* (M3FG1).
- *« Parce que les gens nous payent, ils pensent qu'ils ont le droit de euh, de tout nous demander »* (M4FG1).

(2) Des relations sans plaisir…

Les relations entre médecins et malades sont parfois dures, les termes employés par les praticiens ne laissant aucun doute quant à leur insatisfaction vis-à-vis du comportement du patient. Un des médecins dit avoir été *« écœuré »* (M4FG1), un autre parle de *« certains <u>chieurs</u> »* (M2FG1).

- *« C'est toujours les mêmes, c'est toujours les mêmes dans une patientèle qui vont vous emmerder »* (M3FG1).

(3) …Voire quasi-imposées

Certains médecins se décrivent comme obligés de prendre leurs patients en charge. Un des participants se dit *« prisonnier de ses patients, de leurs exigences »*, voire *« servile »* ou *« qui leur cire les pompes »* (M1FG1).

- *« T'as combien d'actes qui sont euh (.) choisis par le patient et par le, et par le médecin ? Y en a pas beaucoup hein : " Je viens parce que je suis obligé " »* (M3FG2).

Certains assimilent même la relation médecin-malade à de la prostitution (M1FG1, M3FG1).

(4) Des relations fragiles…

Les relations sont fragilisées par le fait que les patients sont libres de choisir leur médecin, et qu'ils peuvent s'ils le désirent en changer facilement. Un des médecins parle de *« conquérir la clientèle »* (M1FG4)

- *« Obligés de faire ça, autrement ils se barrent »* (M3FG1).

(5) …Et hypocrites

Cette fragilité entraîne des relations parfois faussées, où médecins et patients ne disent pas réellement ce qu'ils pensent les uns des autres, ce qu'un des praticiens dénomme une *« faux-cul-erie »* (M3FG1).

- *« Moi j'aimerais effectivement de, certains de, d'entre de mes patients {plus grave} leur dire franchement ce que je pense »* (M3FG1).
- *« Ce qui va être pas bien, c'est que des fois t'as des gens qui vont te raconter des bobards pour te faire venir »* (M3FG3).

(6) L'affrontement

Ces relations tendues peuvent parfois virer à l'affrontement.

- *« {devient agressif} " Mais je vous préviens hein, s'il arrive quelques chose, procès hein ! " »* (M3FG1).

(7) Une relation pécuniaire

Le fait que le patient rétribue son médecin en fin de consultation reste une nécessité pour certains des praticiens. Les paiements différés type CMU sont parfois mal vécus par les généralistes, qui peuvent avoir l'impression *« de s'être fait avoir »* (M5FG3).

- *« En retour, en retour c'est un service qui doit rester, qui doit rester payant pour le patient. Quelque soit la manière de payer »* (M4FG3).

Cet aspect financier est considéré comme un symbole de base de la relation médecin-malade. Un des participants considère la consultation comme un *« contrat synallagmatique onéreux »* (M4FG3).

- *« Et je pense qu'en dehors du fait qu'on soit médecin, ça fait aussi partie de la relation avec un (.) patient euh, d'avoir un, un paiement à la fin »* (M2FG3).

Cependant les patients chercheraient fréquemment à éviter de payer la consultation.

- *« est-ce qu'il s'est euh, est-ce qu'il m'a dit à la fin : {reprend sa voix criarde} " Je vous dois combien ? " Rien du tout »* (M3FG1).
- *« " Je vous dois quelque chose docteur ? " Ca c'est le truc qui (.) »* (M4FG4).

Pour certains participants, cette attitude pourrait provenir d'idées erronées concernant le patrimoine des médecins : les patients penseraient à tort que ces derniers sont riches.

- *« J'allais dire, je vais mettre mon revenu affiché dans la salle d'attente euh. Avec l'extrait 2035 euh, là comme ça ils verront que c'est vrai. Comme ça ils seront peut-être moins étonnés »* (M4FG4).

(8) Les abus de recours aux médecins

Plusieurs médecins ont regretté que les patients viennent fréquemment pour plusieurs motifs, rendant la consultation plus longue et plus compliquée.

- *« Mais quand ils viennent tous les trois mois ils ont aussi {énumère très rapidement, en comptant sur ses doigts} du sang dans les selles, des pellicules, des cors au pied, la demande de cure, les bons de transport. Donc ça fait des consults qui n'en finissent plus »* (M7FG3).

Les recours aux médecins sont parfois jugés comme dérisoires, notamment pour les rhumes ou autres maux bénins qui ne nécessiteraient pas de consultation médicale. Le néologisme de *« bobologie »* est ainsi utilisé (M3FG1).

- *« Oh ben attends, combien t'en vois qui viennent parce qu'ils sont vraiment malades ? »* (M3FG2).

- *« les vrais patients, pas, pas ceux qui voient de la lumière le soir dès qu'ils oublient une pilule »* (M7FG3).

En plus de cette « bobologie », certains patients semblent abuser des médecins et y avoir recours très, voire trop fréquemment.

- *« Dans les remplacements que je fais moi, j'ai l'impression que souvent ce sont les mêmes personnes qui reviennent, des fois pour rien du tout »* (M5FG2).

Un des focus group a évoqué les situations particulières des gens ne payant pas la consultation : un médecin estime qu'elles aboutissent à une surconsommation médicale (M2FG3). Pour un autre, les chiffres ne vont pas dans ce sens (M6FG3).

(9) La démographie médicale

La démographie médicale pose un sérieux problème : l'évolution actuelle inquiète les médecins, de par leur raréfaction. Certains appréhendent de *« saturer »* ou d'être *« piégés »* (M5FG3).

- *« Y a trop de patients, y a trop de patients ici. Regarde on est que deux médecins ici. X c'est 1 500 habitants. X c'est 1 500 habitants, ça va, mais y a tous les villages à côté aussi. Donc ça mène à (.) à je sais pas combien {rires}, mais trop oui »* (E3).

Cette situation de pénurie médicale a cependant été décrite comme aboutissant à la force de la profession sur un plan politique.

- *« Si nous sommes peu nombreux et que nous sommes rares, on est puissant si on s'unit »* (M9FG4).

(10) La connaissance du côté du médecin

Les médecins pensent que les connaissances sont de leur côté, les patients ne disposant pas du savoir nécessaire pour juger des conduites à tenir.

- *« un acte où moi j'ai donné, lui il vient, il est passif, il dit ce qu'il a. D'accord ? Moi je donne, je donne de mon (.) je donne de mes connaissances »* (M4FG3).

Ce déséquilibre dans le savoir médical aboutit à une nécessité pour les médecins d'éduquer les patients en étant plutôt directifs et paternalistes.

- *« On doit leur expliquer pour qu'ils comprennent, l'intérêt de certaines choses »* (M5FG3).

D'autres voient la relation médecin-malade plutôt comme une relation de conseils, le médecin utilisant son savoir pour aider le patient dans ses choix.

- *« Non mais, tu peux passer cinq minutes, dix minutes à discuter avec un patient. Il est venu quand même le patient, aussi pour ça »* (M1FG4).

(11) La confiance

La relation qui lie les médecins aux patients est vue comme une relation de confiance.

- *« Et euh, je pense que plus elle est saine, plus elle est naturelle, la relation est bien »* (M3FG3).

(12) Certains patients plus compréhensifs

Des médecins ont insisté sur le fait que certains patients étaient plus compréhensifs que d'autres. Un des médecins précise également qu'il existe des *« gens bien »* (M3FG1).

- *« tes patients ils sont capables de comprendre que, que tu veux pas passer ta vie au boulot quoi »* (M3FG3).

(13) Un attachement

Il peut ainsi naître une relation amicale et de l'attachement avec certains patients, que l'on retrouve notamment dans les situations graves comme une fin de vie.

- *« C'est-à-dire que deux fois par jour en fin de vie, c'est pas forcément médicalement justifié, y'a de l'humain, y autre chose en fait »* (M5FG3).

(14) La gratitude des patients : une récompense

Le fait de bien faire son métier et de contenter les besoins des patients est vécu comme une satisfaction supplémentaire, parallèle à la rémunération.

- *« La satisfaction elle est pas en terme de rémunération, la satisfaction c'est la gratification des patients en face, c'est tout »* (M4FG3).

4. Les comparaisons avec les autres pays

a) L'herbe est toujours plus verte ailleurs

Les conditions de travail semblent plus satisfaisantes dans les autres pays, concernant les tarifs ou le système de santé en général. L'exemple du Luxembourg est notamment cité à plusieurs reprises (M2FG2, M3FG2, M4FG2, M4FG3, M1FG4, M6FG4).

- *« Vous n'avez qu'à aller en Espagne, en Suisse, en Allemagne, et vous allez voir un petit peu les, les tarifs »* (M3FG1).
- *« J'avais vu une fois en garde un patient étranger, américain ou canadien je sais plus, et on se déplaçait à l'époque pour 50 francs ou 100 francs. […] Il m'avait dit : " Mais attendez voir c'est quoi ce truc-là, je vous appelle, vous venez chez moi, vous me faites la piqûre, je paye 50 et je suis remboursé ? " »* (M1FG4).

b) Mais tout n'est pas rose quand même

Certains médecins reconnaissent tout de même que la situation n'est pas idéale dans les autres pays, et que certains systèmes sont plus difficiles que le nôtre.

- *« apparemment ils ont dû faire quand même pas mal de sacrifices, d'après ce que j'ai pu comprendre »* (M4FG2).
- *« En fait leur système il est difficile parce qu'ils sont obligés de retourner voir le même médecin mais en privé »* (M8FG4).

c) Sans connaître les réelles différences

Plusieurs médecins semblent supposer des informations sur les systèmes étrangers, sans réellement connaître ce qu'il s'y passe : de nombreuses approximations sont apparues dans les débats.

- *« Mais il paraît qu'en Allemagne, -je sais pas si c'est vrai, c'est des patients qui m'ont raconté ça- »* (M2FG1).
- *« L'Italie, c'est encore un <u>autre</u> système non ? Ah, quoique (.) Ils sont pas salariés les italiens ? » (M4FG2).*

d) Un intérêt pour les autres systèmes

L'ensemble des médecins a semblé intéressé par les autres systèmes de santé : certains d'entre eux connaissaient un ou plusieurs autres modes de rémunération des pays voisins, les autres ont écouté attentivement les exposés de leurs confrères.

- *« Alors moi je connais le système italien »* (M3FG1).
- *« En Allemagne je sais que c'est par capitation, en Angleterre, c'est un mélange C et puis euh, rémunération forfaitaire »* (M4FG3).
- *« Alors en Belgique y a une expérimentation, y a 4 %, 4 % des médecins qui travaillent comme ça en Belgique »* (M6FG4).

e) Une meilleure régulation des relations médecins-malades

Grâce à leurs connaissances des systèmes étrangers, certains médecins estiment que les relations médecins-malades sont mieux gérées à l'étranger. Il est ainsi fait référence au quota de patients par médecin (M3FG1), à la facturation du conseil téléphonique (M2FG1, M4FG1, M8FG4), aux horaires d'ouverture du cabinet (M2FG2) ou à la gestion de la salle d'attente (M8FG4).

f) A rapporter au niveau global du pays

Les différences de revenus entre pays doivent être mises en relation avec le niveau global du pays : l'exemple du Luxembourg le prouve. En effet un des médecins affirme que là-bas, *« c'est le grand luxe »* (M6FG4).

- *« Oui, il faut rappeler quand même que une BM c'est plus cher qu'une R21 {rires} »* (M3FG2).
- *« Les suisses (.) ben c'est des pays qui sont riches donc à priori (.)* (M3FG2).

g) Des comparaisons sanitaires

L'état sanitaire entre les différents pays est comparé afin de mettre en évidence que les autres systèmes de soins sont au moins aussi bons que le français.

- *« Et la mortalité n'est pas supérieure dans les autres pays, faut pas déconner »* (M1FG1).
- *« Je ne crois pas que, dans les autres pays de la communauté européenne, l'espérance de vie soit diminuée de moitié ? {regard interrogateur vers les autres participants} D'accord ? »* (M3FG1).

h) Les particularités de la France

Les particularités du système français sont mises en avant, et notamment la mentalité française, singulière selon les praticiens ; les visites à domicile sont critiquées, d'autant qu'elles sont parfois jugées inutiles (M1FG1).

- *« comment se fait-il effectivement, qu'y a qu'en France qu'il y a effectivement, un trou absolument merveilleux {inspire profondément} de la Sécu, alors que les autres se débrouillent très très bien »* (M3FG1).
- *« Oui, nous en France on a une mentalité très difficile du point de vue soins, on croit que tout est dû »* (M8FG4).

C. Discussion

1. Sur la méthode

a) Forces

(1) Liées à la technique des focus groups

L'objectif étant de cerner les positions des médecins généralistes vis-à-vis de leurs modes et niveaux de rémunération, l'étude qualitative s'imposait. Nous avons choisi de réaliser des focus groups afin de permettre une expression plus aisée, et parce que le sujet le permettait : il est évident qu'il n'aurait pas été possible de choisir cette méthode si nous devions évoquer en terme quantitatif les honoraires perçus par chaque médecin : il est peu probable qu'ils aient accepté d'en discuter en groupe.

La méthode des focus groups a permis le recueil de positions variées. L'expression était libre et spontanée, et même si certains participants parlaient plus que d'autres, chacun a pu s'exprimer et réagir aux propos déjà tenus, sans effet majeur de « leader d'expression ». Certains des participants se connaissaient avant la réalisation des focus groups, ceci a pu leur permettre de s'exprimer sans timidité.

L'ensemble des focus groups et entretiens s'est tenu sur environ trois mois : cela a permis de conserver une certaine dynamique à l'étude. Un délai suffisant entre deux focus groups était néanmoins nécessaire, pour retranscrire et analyser les débats.

(2) Les critères de scientificité en recherche qualitative

La validité interne, ou crédibilité, d'une étude qualitative consiste à vérifier si les observations sont fidèles à la réalité : est-ce que ce que le chercheur observe est vraiment ce qu'il croit observer ?

Plusieurs solutions permettent d'augmenter la validité interne :

Puisque certaines catégories de médecins n'avaient pas été incluses dans les focus groups (médecins à mode d'exercice particulier par exemple), nous avons réalisé quelques entretiens individuels. L'utilisation de plusieurs techniques de recueil pour une même question de recherche a constitué une triangulation des méthodes, qui permet d'augmenter la crédibilité de l'étude.

Elle est également améliorée par la réévaluation des observations par les participants, raison pour laquelle nous avons envoyé les verbatim à certains médecins. Ils ont tous trouvé que la retranscription était fidèle à la représentation qu'ils s'étaient faite des débats.

La triangulation des analyses renforce également la validité interne. En effet, la multiplicité des chercheurs permet d'en limiter la subjectivité. C'est pourquoi les transcriptions ont été confiées à une sociologue, afin qu'elle procède de son côté à leur analyse. Son expérience dans le traitement des études qualitatives lui a permis d'aboutir à quelques résultats significatifs que nous n'avions pas notés dans notre propre analyse. De la même façon, certains thèmes que nous avons discernés ne lui étaient pas apparus. Ceci provient probablement du regard différent qu'un médecin et un sociologue peuvent porter sur un même sujet. Les résultats consistent ainsi en une mise en commun des découvertes de deux chercheurs distincts.

La validité externe, ou transférabilité, consiste quant à elle en la possibilité de généraliser les observations à d'autres objets ou contextes.

L'échantillonnage orienté permet d'augmenter la validité externe, c'est pourquoi le recrutement des participants a été réalisé afin de faire ressortir les divergences : la description précise de l'échantillon met en avant la diversité des participants. Obtenir de l'hétérogénéité a permis d'éviter que la saturation ne soit atteinte artificiellement : les différents médecins prenant part aux débats ont montré des désaccords à propos de certaines questions. On peut imaginer que si tous les médecins avaient eu des caractéristiques semblables, la saturation aurait été atteinte plus rapidement, dès le deuxième focus group par exemple.

La saturation des données permet donc également de majorer la validité externe. C'est la raison pour laquelle le nombre de focus groups n'a pas été fixé par avance, mais a été décidé au fur et à mesure de l'analyse : le quatrième groupe ayant apporté peu d'éléments nouveaux par rapport aux précédents, nous avons convenu de stopper les réunions.

b) Faiblesses

(1) Liées à la technique des focus groups

La méthode des focus groups correspond à des entretiens collectifs : certains médecins plus timides ont pu être réticents à exprimer leurs opinions devant d'autres personnes, et se seraient peut-être mieux exprimés dans des entretiens individuels. On peut également imaginer que certains ont suivi la norme de groupe sans oser exprimer un avis qui aurait été divergent. Quelques participants ont eu un léger effet leader sur le reste du groupe, monopolisant la parole ou la reprenant fréquemment, sans laisser la possibilité aux autres médecins de s'exprimer facilement.

L'inexpérience de l'animateur et de l'observateur ont pu constituer une difficulté dans la direction du débat et sa retranscription. Un animateur chevronné habitué à la méthode des focus groups aurait pu permettre aux médecins d'exprimer plus d'opinions, ou aurait davantage incité les participants les plus timides à se livrer. Un observateur expérimenté aurait pu mieux rendre compte de l'ambiance du débat, notamment en ce qui concerne les données non verbales. Les deux chercheurs se sont cependant sentis de plus en plus à l'aise au fur et à mesure des différents focus groups.

Les dictaphones et la caméra vidéo ont semblé bloquer l'expression de certains médecins au début des focus groups ; néanmoins, au fur et à mesure de l'avancée des débats, la grosse majorité des participants ne s'est plus souciée du matériel d'enregistrement.

(2) Liées à la réalisation

L'échantillon n'avait pas à être représentatif, mais devait explorer la plus grande diversité possible. Nous regrettons cependant l'absence de médecin conventionné en secteur 2 dans notre étude : ils sont rares en Lorraine, et exercent majoritairement avec un mode d'exercice particulier. Ceux que nous avons contactés n'ont pas souhaité participer aux entretiens. Ils auraient néanmoins pu apporter une vision et des avis différents, de par leur méthode d'exercice particulière par rapport aux praticiens du secteur 1.

Les participants des premier et deuxième focus groups se connaissaient : ils ont pu être gênés d'évoquer certains sujets devant des confrères qu'ils côtoient régulièrement, surtout lorsqu'ils exerçaient dans le même cabinet de groupe. Cela a de plus abouti à des réunions où l'ambiance était peut-être trop détendue, avec parfois apparition de hors-sujets ou de conversations humoristiques qui ont été moins nombreuses dans les réunions où les participants ne se connaissaient pas.

Pour les deux derniers focus groups, nous avons dû contacter les médecins par téléphone afin de leur proposer de participer aux réunions, et nous avons alors été obligés de leur révéler ne serait-ce que le thème de l'étude. Nous avons ainsi pu créer un biais de sélection en ne recrutant que les médecins intéressés par le sujet. D'autre part, certains ont pu se renseigner sur le thème abordé avant la réunion, afin de pouvoir mieux répondre et se valoriser aux yeux des autres.

Le premier focus group a constitué un test grandeur nature : certaines erreurs y ont été commises, qui n'ont plus été reproduites par la suite. Si les conditions avaient été meilleures lors de cette première réunion, d'autres opinions auraient peut-être pu se dégager.

La collation a posé un problème d'organisation : gênante lors du premier focus group puisqu'elle empêchait de bien comprendre certains intervenants (certains parlaient la bouche pleine, ou à cause des nuisances sonores telles qu'un verre qu'on repose sur la table juste à côté du dictaphone), nous avions décidé de ne pas la reconduire lors du deuxième focus group. Certains participants nous ont cependant avoué après l'enregistrement qu'ils « mourraient de faim », n'ayant pas eu le temps de se restaurer avant le début des débats. Nous avons donc reconduit la collation pour les deux derniers focus groups, sur une table en retrait par rapport à celle où se tenait la réunion, et en priant les participants de ne manger qu'avant et après l'enregistrement.

Certains focus groups ont pu être longs, et quelques médecins avaient tendance à perdre leur concentration en fin de séance, d'autant plus que les réunions se déroulaient le soir après leur journée de travail.

2. Sur les résultats

Cette étude avait pour but de recueillir les avis des médecins sur leurs modes et niveaux de rémunération. Il était donc évident, et ce n'était d'ailleurs pas là le but, que nous n'obtiendrions pas de consensus sur le sujet : ces questions mêlent des représentations politiques, éthiques, sociales et personnelles, et chaque médecin s'en fait ainsi sa propre opinion. C'est donc sans surprise que nous avons noté, quelle que soit la question posée, un éventail d'avis divergents.

Nous avions pour but d'interroger les médecins sur les modes et niveaux de revenus, mais nous nous sommes assez vite aperçu que les intéressés intégraient ces notions dans une dimension plus large, qui constitue les conditions de travail des omnipraticiens. Nous aurions pu recentrer le débat plus fréquemment, mais nous avons pris le parti, en accord avec notre animatrice, de respecter ce que les médecins avaient à nous dire, dans la mesure de l'acceptable pour l'étude. Cela a constitué une légère digression par rapport au sujet initial, mais la procédure est permise en recherche qualitative. Nous avons de plus jugé que les avis des médecins sur leurs conditions de travail étaient importants et complémentaires de ceux qu'ils avaient sur leurs modes et niveaux de revenus.

a) Une satisfaction professionnelle limitée ?

Quel que soit le thème abordé, les médecins ont plutôt eu une tendance générale à faire ressortir les aspects négatifs dans leurs avis. Nous pensons que lors de ce genre de débats, il est toujours plus

tentant et facile de décrire ce qui gêne et ne nous satisfait pas, peut-être dans l'espoir de faire changer les choses ou d'obtenir un peu de compassion. Les études qualitatives apportent ainsi plus souvent d'éléments négatifs que positifs, et notre étude n'a pas fait exception.

Néanmoins, on peut se demander si les médecins sont réellement satisfaits de leur métier. Une grande enquête nationale réalisée en mars-avril 2007 auprès de 2 000 praticiens (131) aboutissait au chiffre de 76 % de médecins généralistes satisfaits par leur activité professionnelle, ce qui ne semble pas être le cas dans notre étude, sans pour autant y amener des notions quantitatives. Cette enquête retrouvait notamment une augmentation de la satisfaction avec l'âge, le travail en groupe, et le nombre d'actes effectués, mais une diminution avec la durée du travail.

Les différences observées entre cette enquête et les résultats de notre étude viennent-elles d'une dégradation des conditions de travail ? Cela semble peu probable, le sondage ayant été réalisé relativement récemment. Peut-on évoquer les différences géographiques ? En effet, cette enquête a été effectuée à partir d'un panel de médecins généralistes exerçant dans cinq régions : PACA, Bourgogne, Basse-Normandie, Pays de la Loire et Bretagne. Là encore, les conditions entre les différentes régions et la Lorraine ne devraient pas être suffisantes pour expliquer le ressenti plus médiocre dans notre étude comparé aux trois quarts de médecins généralistes satisfaits de leur travail, les conditions étant grossièrement similaires sur tout le territoire de France métropolitaine. Les médecins généralistes lorrains travaillent-ils plus que ceux interrogés dans le panel ? Ou peut-être avons-nous sélectionné involontairement des médecins plutôt insatisfaits de leur activité ? De plus, notre étude est de type qualitatif, contrairement à l'enquête réalisée en 2007, quantitative. La différence de méthodes a pu entraîner des variations dans la manière d'aborder les sujets.

b) Le paiement à l'acte : un bilan en demi-teinte

L'exploitation des données du panel concernant les médecins des Pays de la Loire (123) retrouvait 42 % d'insatisfaits vis-à-vis du paiement à l'acte, essentiellement en raison de la nomenclature inadaptée, du taux constant de la valeur de la consultation, qui était de plus jugé trop bas. Cela signifie également que 58 % des médecins s'estimaient plutôt satisfaits du paiement à l'acte, même si les deux tiers environ souhaitaient une évolution de ce mode de rémunération.

Les données sont similaires dans notre étude : de nombreux médecins paraissent satisfaits du paiement à l'acte, essentiellement en raison de la liberté qu'il induit, et de la possibilité de gérer son activité et ses revenus selon ses envies, base du système libéral. Certains semblent également attachés à la rémunération immédiate qu'il génère, et au fait que le patient lui-même paye le médecin, garant du colloque singulier. Mais plusieurs médecins semblent également apprécier ce mode de rétribution essentiellement parce qu'il s'agit de la méthode de référence : les omnipraticiens ont l'habitude du paiement à l'acte, ils le connaissent depuis toujours et s'y sont adaptés. Le changement a, quant à lui, toujours un fort pouvoir potentiel anxiogène. Dans le contexte actuel de crise

économique et financière, des efforts sont aussi demandés aux médecins en termes d'économie de la santé. Certains appréhendent-ils un changement de système de rémunération, qui pourrait être l'occasion pour les pouvoirs publics de revoir à la baisse les niveaux de revenu des généralistes ?

Les praticiens imputent cependant de nombreux défauts au paiement à l'acte : considéré comme ancien et archaïque, nécessitant un temps de travail important à taux horaire médiocre, entraînant une dépendance vis-à-vis du patient-client, le paiement à l'acte est décrié par certains. Il s'agit là d'un paradoxe français, qui consiste à se satisfaire d'un système que l'on critique régulièrement. Ce mode est ainsi vécu comme inflationniste, impliquant une multiplication des actes. Une des raisons avancées pour justifier ce caractère inflationniste est le tarif fixe de la consultation, jugé trop bas. La comparaison avec les spécialistes est vécue comme une injustice car ces derniers peuvent moduler le tarif de leurs consultations selon les actes pratiqués. Rappelons tout de même, concernant ce point, que les médecins généralistes peuvent également faire varier leurs tarifs en fonction des actes pratiqués dans la consultation, mais que ces tarifications restent très marginales et que beaucoup trouvent cette modulation contraignante à appliquer.

Différentes études qualitatives réalisées ces dernières années confirment les éléments positifs et négatifs mis en évidence dans notre travail. Dans une thèse rennaise de 2011 portant sur le CAPI (132), certains éléments positifs communs sur le paiement à l'acte sont retrouvés : les médecins apprécient la liberté qu'induit ce mode, la variabilité selon la quantité de travail, la légitimité du paiement par le patient, l'équilibre entre les consultations rapides et plus longues. Mais les médecins reprochent à la rémunération à l'acte son ancienneté, son inadaptation à la variabilité des actes, son sens commercial et enfin une valeur de consultation trop faible, tout comme dans notre travail. D'autres éléments ont été soulignés par les omnipraticiens bretons : le fait que ce système permette aux patients d'être conscients des coûts qu'ils induisent, et que ce mode soit plus économique pour les caisses d'assurance maladie. Ces thèmes n'ont pas été abordés par les médecins participants à nos entretiens ; ils sont d'ailleurs discutables : même si les patients peuvent être plus concernés et plus conscients des coûts induits dans un système utilisant le paiement à l'acte, il n'a jamais été prouvé que cela les limitait dans leur demande et leur accès aux soins. Quant au coût pour la collectivité, les études semblent aller plutôt dans le sens d'un coût induit plus important en cas de paiement à l'acte (22).

Une autre thèse, grenobloise, s'est également attachée à présenter en 2010 les résultats d'une étude qualitative concernant le CAPI (133), mais qui évoque aussi les autres modes de rémunération. Les médecins y semblent là encore partagés sur le paiement à l'acte : certains lui reconnaissent des bienfaits tels que la liberté ou la rémunération proportionnelle à l'activité, d'autres le jugent inflationniste, aboutissant à un clientélisme rendant les médecins dépendants des patients, avec une nomenclature inadaptée. Les médecins évoquent eux aussi la possibilité pour le paiement à l'acte d'induire la notion de coûts des soins pour les patients.

Dans notre étude, certains médecins proposaient des évolutions pour le paiement à l'acte, comme adapter la valeur de la consultation au temps passé avec le patient. Cela pourrait en effet constituer un début de réponse au caractère inflationniste de ce mode de paiement, en valorisant les médecins qui prennent le temps nécessaire pendant leurs consultations, et en pénalisant ceux qui profitent de ce système linéaire. Cette évolution présenterait cependant un risque d'abus important… De plus, il nécessiterait un nouveau système de cotations, plus imposant, alors que le travail administratif actuel paraît déjà lourd et chronophage à la plupart des médecins. De nombreuses voix s'élèveraient probablement contre ce type de système, par exemple de la part de ceux qui ont su s'adapter à la situation actuelle afin de maximiser leurs revenus.

D'autres pensent qu'une évolution ne serait pas suffisante, et qu'un changement plus radical serait nécessaire, avec passage à une autre méthode de rétribution principale. Les médecins semblent cependant mal connaître les autres modes de rémunération ainsi que ceux de nos voisins européens, mais les jugent tout de même comme supérieurs. Tout se passe donc en France comme si la relation médecins/paiement à l'acte était un vieux couple, conscient de ses problèmes mais refusant de faire des concessions, et dont le mari/médecin serait irrémédiablement attiré vers de jeunes prétendantes/modes de rémunération tout en pensant sa relation actuelle plus stable et plus sûre…

Il serait intéressant de comparer notre étude à d'autres analyses réalisées dans des pays proches. Les médecins étrangers penseraient-ils également que leur système est moins bon que les autres ? Certains prendraient probablement le modèle français en référence…

c) La capitation : une réminiscence de l'option « médecin référent » ?

Les autres modes de rémunération sont donc dans l'ensemble peu ou mal connus. C'est ainsi qu'un des groupes a débattu pendant plusieurs minutes de la capitation, en critiquant son côté très gestionnaire. Or il ne parlait que du *fundholding*, type particulier de capitation. Les médecins ont ainsi évoqué un risque de conflits d'intérêt avec les patients, le médecin cherchant à économiser un maximum sur les coûts de santé. Ceci a d'ailleurs valu au *fundholding* son retrait après sa mise en application en Grande-Bretagne.

Cet exemple montre bien que les médecins ne sont pas tout à fait à l'aise avec les autres modes de rémunération. Comment peuvent-ils avoir un avis objectif si celui-ci n'est pas éclairé ? Or, peu de médias, y compris la presse médicale, amènent aux médecins les informations qui leur permettraient de juger en tout connaissance de cause. Peut-on considérer cela comme une forme de censure, les praticiens ne pouvant revendiquer de changements nécessaires s'ils n'en connaissent pas les atouts et les inconvénients ?

Les participants reconnaissent en la capitation un mode plus souple, permettant de diminuer le temps de travail et de minorer la dépendance aux patients. Ils y voient néanmoins des risques d'abus : les patients pourraient profiter du système par le biais de consultations abusives ; les médecins, quant à eux, pourraient être tentés de lésiner et de sélectionner les malades. Il est intéressant de noter que ces critiques sont les mêmes que celles retrouvées dans la littérature. Un risque de revenus inférieurs est également associé à la capitation, sans raison valable à priori puisque la plupart des pays qui ont mis ce mode de rétribution en place rémunèrent au moins autant qu'en France leurs praticiens.

Ces résultats sont globalement similaires à ceux de l'étude qualitative bretonne (132) : la capitation y est décrite comme aboutissant à moins de surmenage, mais avec un risque de revenus inférieurs, de sous-productivité et de sélection des patients. Ce mode y est également décrit comme moins intéressant économiquement pour les caisses, notion subjective non retrouvée dans notre étude mais qui pourrait être mise en relation avec le risque d'abus de la part des patients. Les médecins bretons décrivent également une plus forte attirance des jeunes médecins pour ce système.

Les médecins rapprochent-ils cette méthode de rémunération de celle qu'ils ont connue il y a quelques années à travers l'option « médecin référent », véritable essai de capitation en France ? Le succès avait été tout relatif à l'époque, avec seulement 10 % des médecins éligibles qui avaient opté pour ce contrat. Des erreurs commises lors de son instauration ont pu retentir sur l'opinion que se font aujourd'hui encore les médecins de la capitation : les sommes mises en jeu étaient initialement trop basses, obligeant à un doublement du *per capita* en 2001 ; d'autre part, le fait qu'il s'agisse d'une option à laquelle les médecins devaient souscrire volontairement n'a pas joué en sa faveur, la plupart ayant probablement attendu que d'autres la testent avant de se décider à y souscrire ou non.

d) Les forfaits : des sommes à majorer

Concernant les forfaits mis en œuvre pour les médecins généralistes français, la plupart des avis sont positifs : considérés comme un paiement supplémentaire mais légitime, les médecins voient en eux un complément appréciable. Les sommes mises en jeu semblent simplement trop faibles pour pouvoir réellement les motiver : les forfaits ne représentent actuellement que 6,5 % des revenus des médecins généralistes… Une augmentation de leur part respective serait donc nécessaire pour majorer leur impact sur les comportements des médecins. Les pouvoirs publics semblent conscients de ces enjeux, les forfaits ayant vu leur proportion passer de 0,2 à 6,5 % en dix ans (75).

Quelques médecins sont suspicieux vis-à-vis de ce mode, essentiellement ceux qui sont très favorables au paiement à l'acte : ceux-ci ne voient dans les forfaits qu'un moyen détourné d'augmenter les revenus tout en bloquant la valeur de C.

e) Le salariat : un mode attractif

Les avis sont très partagés quant au salariat : si certains le rejettent en bloc, d'autres semblent l'apprécier et seraient prêts à être rémunérés selon ce mode. Les femmes médecins et les jeunes semblent être les plus intéressés par le salariat. Les représentations que les médecins s'en font sont celles d'un mode offrant de nombreux avantages et la possibilité de diminuer la durée du travail.

Les études confirment la bonne image du salariat chez les médecins : l'enquête sur le panel de médecins généralistes (123) retrouve une proportion de 42 % de médecins généralistes prêts à passer à un mode prenant en compte une partie de salariat : quasiment un médecin sur deux a des affinités avec ce mode de rétribution. Les principales raisons évoquées se rapprochent de celles de notre étude : diminution de la durée du travail, assouplissement de l'agenda et nombre plus restreint de patients.

Des éléments semblables sont rapportés dans l'étude qualitative grenobloise (133) : considéré comme plus confortable que le paiement à l'acte, le salariat y est décrit comme permettant de réduire le temps de travail, d'augmenter les avantages sociaux, de simplifier la gestion, ou encore de rémunérer le temps non médical et les tâches administratives.

Enfin, l'enquête nationale de l'ISNAR-IMG (127) concernant les souhaits des futurs médecins retrouve 78 % de répondeurs en faveur d'un mode de rémunération comprenant du salariat, dont 22 % seul ou 56 % mixé avec un ou plusieurs autres modes. 91 % des internes interrogés souhaiteraient une délégation de la gestion administrative et comptable. Cela prouve bien l'importante attractivité du salariat sur les jeunes médecins, qui ont davantage tendance à favoriser les loisirs et la famille, aux dépens de l'activité professionnelle. Le salariat semble ainsi vécu comme moins contraignant, permettant un travail plus régulé et moins chronophage.

La question de la rémunération estimée pour 35 heures de travail en salariat est intéressante : les valeurs ont varié du simple au triple, passant de 3 000 à 9 000 euros. Cette différence prouve que les médecins n'estiment pas tous leur travail à la même valeur. Nous pouvons rapidement discuter de ces extrêmes : 3 000 euros semblent un peu insuffisants, au vu des années d'étude et de l'arrivée tardive sur le marché du travail. Il semble difficile d'imaginer des étudiants se diriger vers une décennie d'études en sachant qu'ils gagneront moins bien leur vie qu'un cadre moyen (environ 4 000 euros en moyenne en 2010). Un salaire de 9 000 euros pour 35 heures de travail hebdomadaire semblent par contre excessif voire indécent : il s'agirait là d'un tarif horaire dépassant tous ceux connus actuellement. Les réponses ont semblé essentiellement varier avec les revenus actuels des médecins qui y répondaient, les chiffres les plus bas étant avancés par des médecins travaillant plutôt à mi-temps, en ville, en majorité des femmes, alors que les chiffres élevés correspondaient à des médecins plutôt ruraux, plus âgés, ayant une activité assez intense. Les chiffres moyens se situent aux alentours de 5 000 ou 6 000 euros.

Cela correspond globalement aux chiffres retrouvés dans l'étude sur le panel de médecins généralistes (123) : les médecins ligériens estiment leur salaire entre 1 600 et 10 000 euros pour 35 heures de travail hebdomadaires, avec une médiane à 5 000 euros et 50 % des répondeurs entre 4 000 et 6 000 euros. Il faut cependant noter un biais de sélection : cette question ne s'adressait alors qu'aux médecins favorables à l'introduction d'une part de salariat dans leur rémunération.

Dans notre étude quantitative, la même question était posée aux patients. Ceux-ci se montrent moins généreux envers les médecins généralistes, la moyenne se situant à 3 793 euros. Les chiffres donnés paraissaient déjà importants pour les patients, probablement parce que la majorité d'entre eux ont des revenus infiniment inférieurs à cette somme. Peut-on ainsi considérer les médecins généralistes comme des privilégiés qui s'ignorent ?

f) Le paiement à la performance : une innovation qui entraîne de la méfiance

Le paiement à la performance est peu apprécié par les médecins interrogés dans le cadre de notre étude : ils mettent en doute les indicateurs, leurs modalités de mesure et de recueil. Ces critiques semblent justifiées, notamment en ce qui concerne les évaluations chez les médecins exerçant en groupe : ceux-ci relèvent de nombreuses incohérences. Ce mode de rétribution n'en est qu'à ses débuts en France, les pouvoirs publics devront probablement tenir compte des remarques des acteurs de terrain, afin d'adapter certains critères et ainsi favoriser l'adhésion à ce mode de paiement.

Les objectifs sont de plus jugés trop difficiles à atteindre : rappelons que le P4P anglais, modèle et initiateur du paiement à la performance en Europe, a été accepté par les GPs anglais notamment grâce à ses objectifs très (trop ?) faciles à tenir initialement, aboutissant à une rémunération conséquente. Le système français ne peut pas en dire autant pour le moment : même si la majorité des omnipraticiens n'en ont encore tiré aucun bénéfice en raison de sa mise en œuvre très récente (exception faite du tiers qui avait adhéré au CAPI et qui avait perçu, en moyenne, 3 000 euros par ce biais (78)), la plupart estime qu'il ne leur apportera pas grand-chose et reste prudente. Les médecins semblent se méfier de l'évolution de ce mode à moyen terme, avec notamment des risques d'abus de la part des caisses d'assurance maladie. Gageons que l'avenir proche du paiement à la performance se passe sans heurt, sous peine de voir les relations entre caisses et médecins s'altérer ; d'autant que de nombreux praticiens se sont sentis pris au piège par ce mode de paiement, beaucoup ignorant que la participation était volontaire, ou en tout cas qu'elle pouvait être refusée.

Le paiement à la performance, de par son aspect novateur et controversé, a bénéficié de plusieurs études qualitatives récentes. C'est ainsi que les deux travaux déjà évoqués (132, 133) s'intéressaient plus particulièrement au ressenti des médecins généralistes vis-à-vis du CAPI. La thèse bretonne (132), ne rapporte quasiment que des éléments négatifs sur le paiement à la performance. Il existe cependant un biais évident, puisque l'auteur recherchait uniquement les raisons qui avaient poussé

les praticiens à refuser le CAPI : interrogeant seulement des médecins ayant décidé de ne pas adhérer à ce mode de rétribution, il est normal que les avis aient été plutôt négatifs. On retrouve la perte de la liberté de prescription, les doutes sur les objectifs proposés, les risques de sanction pour les médecins à plus long terme, les bénéfices essentiellement pour les caisses d'assurance maladie. D'autres reprochent au CAPI ses problèmes d'éligibilité, les possibles conflits d'intérêt avec les patients, une rémunération insuffisante et non indispensable, et enfin un inintérêt dû à des objectifs trop faciles. Quelques rares points positifs sont néanmoins évoqués, tels que la possibilité d'amélioration des pratiques ou des indicateurs bien choisis. Enfin, des points particuliers non évoqués dans notre thèse sont retrouvés : le fait que le CAPI puisse homogénéiser les pratiques, qu'il nécessite un contrat individuel, et qu'il favorise les fortes patientèles.

Le second travail, grenoblois (133), rapportait des éléments négatifs semblables à ceux de notre étude, à savoir un intérêt économique essentiellement pour les caisses de sécurité sociale, qui profiteraient de ce système pour ne pas augmenter la valeur de C, son caractère non indispensable, les médecins devant de toute façon prendre en charge leurs patients de manière optimale. Il lui est également reproché un travail supplémentaire, lourd et administratif, une suspicion de la part des patients et un manque de confiance dans l'Assurance Maladie. Les éléments positifs sont là encore plus restreints : on y note essentiellement une manière d'améliorer ses pratiques, et une motivation financière. La nécessité pour les médecins participant à ce mode d'en informer leurs patients a également été abordée, contrairement à notre étude. Les médecins lorrains pensent-ils que cette méthode n'est établie qu'entre eux et les caisses, et que les patients ne sont pas concernés ? Il faut aussi noter que notre enquête s'est déroulée à un moment où le paiement à la performance est devenu universel, contrairement aux études sur le CAPI où les médecins faisaient le choix délibéré d'adhérer à ce système.

Des résultats plus quantitatifs confirment l'impression que le paiement à la performance n'est que peu apprécié : l'enquête de l'ISNAR-IMG (127) retrouve peu d'opinions favorables à ce mode : 14 % des internes interrogés l'apprécient, contre 47 % pour les forfaits et 39 % pour la capitation.

La confrontation de nos résultats aux études proches montre des analyses globalement similaires, renforçant ainsi la validité interne de notre travail.

g) Les revenus, jamais assez et toujours plus ?

Concernant les revenus, les opinions des omnipraticiens sont partagées : certains s'estiment très heureux de ce qu'ils gagnent ; d'autres se plaignent de la faiblesse de leurs revenus par rapport aux charges, à la longueur des études, aux efforts fournis ou à d'autres métiers. Mais les médecins généralistes ne semblent pas prendre conscience de leur situation : avec une moyenne de quasiment 6 000 euros par mois, ils font partie des professions françaises les mieux rémunérées.

Certes, il existe des contraintes liées à leur activité telles que des horaires élevés ou d'importantes responsabilités, mais quelle profession peut se prévaloir de revenus importants sans contrepartie ? Les cadres, auxquels les médecins généralistes sont souvent comparés, ne doivent-ils pas également s'investir et faire des heures supplémentaires s'ils veulent conserver ou majorer leurs revenus ?

En réalité, les médecins semblent chercher dans leur rémunération la reconnaissance qui leur échappe socialement, ayant la sensation que leur environnement de travail évolue défavorablement.

h) Des changements de conditions de travail

L'ensemble des focus groups a digressé vers la pénibilité et la dégradation des conditions actuelles : les médecins vivent difficilement le fait de ne plus être considérés comme auparavant dans la société, c'est-à-dire une profession dévouée et à qui l'on doit le respect. Les relations avec les patients, avec les spécialistes, avec les caisses de sécurité sociale, se tendent peu à peu. Or, la vision des médecins de leur métier n'a pas évolué : ils le considèrent toujours comme une profession à forte responsabilité, difficile, chronophage et demandant une disponibilité conséquente ; ils justifient ainsi leur demande de rémunération élevée. Dans chaque focus group, au moins un des médecins a demandé au thésard si les débats lui donnaient envie de s'installer : les conditions de travail évoluent défavorablement et de nombreux médecins semblent ainsi regretter leur installation en libéral.

Il est par ailleurs intéressant de noter que très peu de médecins ont évoqué les nouvelles organisations médicales qui iraient de pair avec un changement de mode de rémunération : la capitation ou les forfaits nécessitent des conditions de travail particulières, telles qu'un travail en groupe ou la matérialisation de nouvelles activités comme l'éducation thérapeutique. C'est d'ailleurs dans ce sens que vont les expérimentations sur les NMR, qui ont débuté en France depuis quelques années : elles s'adressent uniquement aux maisons et pôles de santé et permettent, via une convention locale, une modernisation dans l'organisation des soins primaires et une prise en charge globale du patient. L'avenir passe peut-être par ces nouvelles formes de rémunération et d'activité. Les médecins rencontrés, s'ils sont capables de se projeter vers d'autres méthodes de rétribution, ne semblent pas prendre conscience de la nécessité du changement organisationnel qui en découlerait. Ils ne remettent ainsi pas en compte le mode de fonctionnement auquel ils sont habitués, en rapport étroit avec le paiement à l'acte.

D. Conclusion

Cette étude aboutit à des résultats montrant le large éventail d'idées et de représentations que se font les médecins généralistes de leur rémunération : critiquant mais restant attachés au paiement à l'acte,

ils émettent des doutes quant aux autres modes de rétribution. Ils les connaissent d'ailleurs relativement mal, même s'ils ont bien conscience des incitations positives et négatives générées par chacun d'eux. Le paiement à la performance semble notamment peu apprécié et source de multiples interrogations, probablement en raison de son caractère récent. Le débat concernant les différents modes de rémunération semble d'ailleurs moins préoccuper les médecins que celui du niveau de revenus… « Qu'importe le flacon, pourvu qu'on ait l'ivresse » : les médecins ne sont pas forcément très intéressés par la manière dont ils sont rémunérés, mais plutôt par le niveau de leur rémunération, qu'ils estiment devoir être à un niveau suffisant eu égard à leur niveau d'études, les responsabilités liées à leur fonction, les revenus des spécialistes, leurs horaires importants ou la dégradation des conditions de travail. Le mode et le niveau de rémunération des omnipraticiens, entre autres, devront nécessairement être évoqués par les pouvoirs politiques s'ils ne veulent pas voir l'installation en médecine générale, qui n'est plus autant plébiscitée qu'auparavant, de plus en plus délaissée par les jeunes médecins : un nouveau débat concernant ces questions semble être une étape indispensable pour redonner à la médecine générale l'attractivité dont elle bénéficiait jadis.

IV. Discussion générale et proposition d'un modèle de rétribution

Les trois parties de ce travail mettent en évidence des insatisfactions vis-à-vis des modes de rémunération et des revenus actuels des médecins généralistes. Ces préoccupations ont été décrites dans notre étude qualitative par les premiers intéressés, les omnipraticiens, désireux d'une meilleure adéquation entre leurs revenus et leurs conditions de travail. Les pouvoirs publics semblent également insatisfaits de la situation actuelle, au vu des nombreuses évolutions et expériences menées récemment. Les patients sont moins concernés par ces questions, mais des interrogations ont tout de même été retrouvées dans notre étude quantitative. Étant les bénéficiaires des soins effectués par les médecins généralistes, leur préoccupation principale serait plutôt le maintien d'une attractivité suffisante des étudiants pour la médecine générale afin que l'offre de soins reste acceptable.

Si les trois acteurs du marché de la santé ne sont pas pleinement satisfaits de l'état actuel des choses, ne pourrait-on pas voir évoluer le système afin de l'améliorer ? Certes, aboutir à un modèle parfait est impossible, chacune des parties ayant des intérêts divergents. On pourrait néanmoins imaginer des modifications qui permettraient de rapprocher les points de vue de chacun.

Malheureusement, les choses ne semblent pas être aussi simples : si les patients se soucient assez peu du mode de rémunération de leur médecin de famille, ils semblent néanmoins attachés au paiement à l'acte, notamment par la culture du service rendu liée à cette méthode de rémunération : peut-être ont-ils conscience que c'est le mode qui incite le plus les médecins à les satisfaire… Le paiement à l'acte a, de plus, une image se fondant dans le patrimoine français, à laquelle les patients semblent tenir. Le fait de n'avoir jamais connu d'autres systèmes joue aussi probablement un rôle important dans leur attrait vers ce type de rémunération.

Ces images de culture et de tradition sont partagés par les médecins, qui voient dans le paiement à l'acte un mode indubitablement relié à l'activité libérale. Il leur permet ainsi de valoriser leurs fonctions

et leur implication dans la prise en charge du patient et de marquer les actes réalisés. Il est également jugé plus sécurisant pour le médecin : l'argent est reçu immédiatement lors de la consultation par l'échange direct entre patient et médecin, indépendamment de l'organisme payeur. Les médecins voient ainsi dans le paiement à l'acte le moyen le plus sûr de rester indépendants des caisses d'assurance maladie.

La population, finançant le système de santé par ses cotisations, peut également avoir un mot à dire sur les revenus des médecins généralistes. La plupart des individus semblent cependant relativement peu intéressés par ce débat, conscients que les omnipraticiens doivent bénéficier de revenus corrects, mais insistant sur le fait que ces sommes doivent rester décentes par rapport au reste de la population. Il existe cependant des zones de clivage entre patients et omnipraticiens : les premiers pensent, par exemple, que le coût de la consultation est adapté en France, alors que les médecins sont nombreux à penser que celui-ci devrait être revalorisé. Or, c'est justement l'attitude des patients qui est mise en avant par certains médecins pour justifier d'une nécessité de revalorisation : les consultations sont de plus en plus considérées comme un droit plutôt que comme un réel besoin. Elles deviennent plus compliquées, comportant souvent plusieurs motifs de consultation et des demandes multiples tels que certificats médicaux, arrêts de travail, bons de transport…

Les médecins parlent ainsi de la perte du respect de la consultation : le système de valeur est différent, entre les patients qui cherchent à « rentabiliser » leur consultation en évitant de revenir, d'attendre en salle d'attente et de payer plusieurs fois par la même occasion, et les médecins qui cherchent à rentabiliser leur temps de travail… Il en résulte un conflit potentiel et des malentendus entre patients et médecins.

Nous pensons personnellement que les discussions concernant les modes et niveaux de revenus des médecins généralistes devraient idéalement avoir lieu entre ces derniers, représentés par leurs syndicats, et les instances dirigeantes, qui peuvent être considérées comme les représentants des patients. En effet, il s'agit là des deux principaux intéressés. D'autre part, une discussion à trois risquerait de compliquer davantage des débats loin d'être simples, d'autant que chaque partie tenterait de maximiser son propre intérêt sans se soucier de l'équilibre de l'ensemble de l'équation. Enfin, les patients eux-mêmes pensent majoritairement ne pas avoir leur mot à dire sur cette question.

De longues négociations seraient probablement obligatoires afin de trouver un terrain d'entente. Elles seraient pourtant nécessaires : en effet, les pouvoirs politiques qui tenteraient d'imposer leur point de vue sur cette question épineuse n'obtiendraient qu'une adhésion médiocre de la part d'une majorité de médecins généralistes. Cela ne pourrait aboutir qu'à un refus ou un rejet d'un système qui serait jugé illégitime. D'autant que les relations entre médecins généralistes et caisses ont toujours été tendues : depuis la création de la Sécurité Sociale en 1945 où ils ne sont pas conviés, en passant par

la première convention nationale de 1971, le gel de l'accès au secteur 2, les avantages retraite, les paiements différés comme les CMU, l'aide pour l'informatisation du cabinet, ou les autres promesses faites et qu'ils estiment non tenues, les médecins généralistes justifient la méfiance et l'hostilité qu'ils éprouvent envers les caisses d'assurance maladie. On parle d'ailleurs de « négociations » conventionnelles, comme on pourrait parler de « négociations » entre un commerçant et un client, ou entre la police et un ravisseur…

Un système mixte semble être une base pertinente pour la rémunération des médecins généralistes, comme le montre la revue de la littérature effectuée dans ce travail. C'est d'ailleurs l'évolution actuelle dans la plupart des pays dont nous avons étudié le fonctionnement. Les médecins semblent plus dubitatifs par rapport à un système mixte, mais commencent tout de même à accepter cette idée, forcés par la lente augmentation des forfaits et du paiement à la performance. Les pouvoirs publics ont mis en place ces modifications petit à petit, conscients qu'un changement trop rapide et radical ne ferait pas l'unanimité auprès des médecins. Les patients sont, quant à eux, plutôt en faveur d'un système mixte, puisqu'ils le plébiscitent tout de suite après le paiement à l'acte et devant chaque autre mode pris individuellement.

Les médecins généralistes semblent réclamer une base fixe pour leur rémunération : celle-ci leur permettrait d'obtenir un revenu stable et sûr quelle que soit leur activité. Nous pourrions imaginer une part de 50 % des revenus sous forme de capitation : nous pensons en effet que les incitations qui y sont générées sont bénéfiques et supérieures à celles du salariat. Encore faudrait-il que ce mode soit accepté par les médecins généralistes, qui pour l'instant ne sont pas très familiers avec cette méthode de rémunération. Une phase d'information préalable serait donc nécessaire afin de les rassurer et de les mettre en confiance.

Cette capitation serait assortie d'un quota maximal de patients par médecin, afin de limiter les abus de type sur-recrutement ; il permettrait également de lisser les revenus entre les omnipraticiens. Ce mode pourrait ainsi représenter 3 000 euros mensuels, somme correcte qui permettrait aux médecins désireux de garder du temps pour leurs loisirs ou leur vie de famille d'obtenir des revenus décents.

Les médecins motivés pour s'impliquer davantage dans leur métier et qui chercheraient à majorer leurs revenus pourraient bénéficier d'une marge suffisante : 30 % de la rétribution pourraient ainsi être liées à l'activité ; les médecins généralistes français sont habitués au paiement à l'acte, il n'est donc pas question de le supprimer complètement. Il présente de plus des avantages indéniables concernant la satisfaction du patient. Il permettrait donc de maintenir une motivation suffisante et inciterait les médecins à garder une bonne productivité. Un quota maximal d'actes devrait cependant là aussi être mis en place afin de limiter les phénomènes de « course à l'acte ».

Le reste de la rémunération pourrait consister en 10-15 % de forfaits, qui prendraient en charge des activités non cotées à l'acte et rétribueraient ainsi des missions de prévention, d'éducation thérapeutique, de permanence des soins…

Enfin, les 5-10 % restants seraient liés à un paiement à la performance. Nous pensons que ce chiffre est suffisant, d'une part pour limiter les conflits d'intérêt qui peuvent en découler et d'autre part parce que le paiement à la performance ne semble apprécié ni des médecins, ni des patients : les études que nous avons réalisées auprès de chacune de ces populations montrent plutôt un désaccord vis-à-vis de cette méthode de rémunération.

Les patients peuvent voir en lui un mode incompatible avec l'image qu'ils ont du médecin de famille, qui prend son temps, est à l'écoute et est empathique avec ses patients. Le paiement à la performance est quant à lui plutôt corrélé à l'activité des cadres dans les entreprises, qui ont des objectifs à tenir quasiment à n'importe quel prix. Or l'activité médicale ne peut se plier aux mêmes règles que celles d'une entreprise : la notion de rentabilité est tout à fait inconcevable avec les soins prodigués par les médecins. Le paiement à la performance véhicule ainsi une image péjorative : il pourrait modifier les attitudes des médecins, leur faire faire des calculs, non pas au profit du patient mais pour leurs propres intérêts. Les patients peuvent ainsi, à tort ou à raison, avoir peur d'être moins bien pris en charge avec l'introduction de ce mode de paiement. Et la relative nouveauté du paiement à la performance en France paraît exacerber les appréhensions...

Cette peur de l'inconnu est d'ailleurs partagée par certains médecins : beaucoup considèrent les objectifs du paiement à la performance trop difficiles et ils appréhendent ainsi une rémunération qui pourrait ne pas être à la hauteur de leurs espérances. De plus, certains évoquent la possibilité de voir les objectifs de plus en plus compliqués à tenir, avec l'obtention de revenus de moins en moins importants. Cela dénote un certain manque de confiance dans leurs relations avec les caisses d'assurance maladie.

L'Assurance Maladie n'a pas l'air de prendre conscience de ce manque de confiance envers le paiement à la performance : après le relatif succès du CAPI, elle vient d'introduire cette méthode de rétribution à la nouvelle convention… Les modalités de refus d'y adhérer posent cependant question, les médecins n'ayant pour la plupart que peu ou pas été informés sur cette possibilité. D'autre part, cette évolution a très peu été évoquée dans les médias grand public : la grosse majorité des individus que nous avons interrogés ignoraient que ce mode de rémunération était déjà mis en œuvre dans notre pays. Les pouvoirs politiques sont-ils vraiment convaincus par ce nouveau mode de rémunération, alors qu'ils semblent délivrer les informations s'y rapportant de manière très parcimonieuse aux deux autres parties concernées ?

La totalité des revenus serait variable en fonction des activités de chacun : un médecin se contentant de sa rémunération à la capitation verrait ce mode occuper une proportion plus importante de ses revenus que celui qui multiplierait ses actes afin d'augmenter sa rémunération.

On aboutirait globalement à une moyenne de 6 000 euros, somme très correcte et décente, qui devrait convenir à la plupart des médecins. Il existerait cependant des déçus, certains étant actuellement nettement au-dessus de ce chiffre. Mais les efforts réalisés par la population française en cette période de crise économique et d'endettement national devront nécessairement être partagés par les médecins. Les pouvoirs politiques devraient donc agir avec précaution afin d'octroyer aux omnipraticiens des revenus qui leur conviennent, tout en ménageant les finances de l'Assurance Maladie.

De plus, il est intéressant de noter que ce système serait plus orienté vers la prévention à travers les forfaits spécifiques ou la capitation, contrairement au système actuel encore très largement tourné vers les soins curatifs.

Conclusion

Le paiement à l'acte est encore aujourd'hui tout-puissant dans notre pays. Or, les exemples étrangers nous prouvent qu'une mixité dans les modes de rémunération est possible et génératrice d'incitations positives. Les pouvoirs politiques français tentent précautionneusement d'intégrer de nouvelles méthodes de rétribution telles que les forfaits ou le paiement à la performance à la rémunération des omnipraticiens. Ces tentatives ne devront cependant pas se faire au détriment des revenus des médecins, sous peine d'être rejetées en bloc. Elles devront également prendre en compte les avis de ces derniers, restant plutôt attachés au moins en partie à un paiement à l'acte et semblant plus réfractaires aux nouvelles formes de rétribution intégrant la performance.

Mais la France n'en est qu'à ses débuts dans ses tentatives de mixité des modes de rémunération et il est fort à parier que la question sera amenée à évoluer. Un difficile équilibre entre patients, médecins et payeur sera à définir dans les prochaines années.

Article proposé à des journaux scientifiques à comité de relecture

Cet article sera proposé à des journaux scientifiques dont Pratiques et Organisations des Soins, journal de l'Assurance Maladie, dont il suit les recommandations de mise en forme.

Modes et niveaux de rémunération des médecins généralistes : opinions des omnipraticiens et des patients lorrains

Une double approche qualitative et quantitative

Methods and levels of payment of the General Practitioners : opinions of the physicians and patients of Lorraine -a dual qualitative and quantitative approach-

Messein N[1], Birgé J[2], Briançon S[3]

Résumé

Objectif : De nouveaux modes de rémunération des médecins généralistes tels que les forfaits ou le paiement à la performance prennent leur essor en France depuis quelques années. Notre objectif était d'identifier les points de vue des omnipraticiens et des patients sur les modes et niveaux de revenus des omnipraticiens.

Méthodes : Cent personnes de la population générale ont été interrogés au moyen d'un questionnaire administré par enquêteur. L'opinion de 29 médecins généralistes lorrains a été recueillie par focus groups, complétés par 3 entretiens individuels.

Résultats : Les patients estiment plutôt correctement les revenus des médecins généralistes, qu'ils mettent en rapport avec leur temps de travail. Ils restent attachés au paiement à l'acte, même si d'autres modes leur semblent intéressants.

Critiquant mais restant attachés au paiement à l'acte, les médecins émettent des doutes quant aux autres modes de rétribution, notamment le paiement à la performance. Ils semblent cependant plus préoccupés par le niveau de leur rémunération que par ses modalités.

Conclusion : Un débat sur ces questions paraît une étape indispensable pour redonner à la médecine générale l'attractivité dont elle bénéficiait jadis. La mixité des modes de rémunération semble être un compromis appréciable et nécessaire.

Mots-clés : Économie de la santé ; modes de rémunération ; niveaux de revenus ; médecins généralistes ; avis des patients ; focus group.

Summary

Aim : New ways for general practitioners to be remunerated such as fixed fees or pay-for-performance have been developed in France over recent years. Our objective was to collect the opinions of the general practitioners and the patients on the question of the methods of payment and the levels of general practitioners' income.

Methods : 100 individuals from the general population were questioned through a questionnaire administered by investigator. Opinions of 29 lorrain general practitioners was obtained through focus groups, and completed by 3 individual interviews.

Results : Patients accurately estimate the general practitioners' income, and link it to their working time. They seem to be committed to the fee-for-service, even if they consider that others ways of payment might also be interesting.

Critical of but committed to the fee-for-service, general practitioners express doubts as to the other modes of remuneration, in particular the performance-based payment. They seem however more worried by their level of income than by its methods.

Conclusion : A debate dealing with these questions may help to restore the attractiveness of the general practice in medicine. The mixing of the modes of remuneration would be a significant and necessary compromise.

Keywords : Health economy; methods of payment; levels of income; general practitioners; patients' opinions; focus group.

[1] Médecin remplaçant, Troisième cycle de Médecine générale, Faculté de Médecine de Nancy.
[2] Médecin généraliste, Enseignant au sein du Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine de Nancy.
[3] Professeur d'Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention, Faculté de Médecine de Nancy.

Adresse pour correspondance : Nicolas Messein, 3, rue des Plantes. 57000 Metz.
Email : nicolas.messein@gmail.com

INTRODUCTION

1. Les différents modes de rémunération

Il existe différentes méthodes pour rémunérer les médecins généralistes, chacune générant des incitations qui lui sont propres. On peut ainsi dégager quatre principaux modèles : le paiement à l'acte, la capitation, le salariat et le paiement à la performance.

Le paiement à l'acte permet une bonne satisfaction des patients, une importante autonomie des médecins et une forte productivité [1]. Il est cependant décrit comme inflationniste, pouvant aboutir à une surproduction [2] et à une demande induite de la part des médecins [3], donc à des coûts élevés. De plus, il incite peu à la prévention et au dépistage, qui en sont exclus, et moins encore à la délégation de tâches.

La capitation, système de paiement forfaitaire prospectif, favorise la prévention et aboutit à une meilleure maîtrise budgétaire [4]. Les médecins peuvent cependant être tentés de sélectionner les patients, de recourir abusivement aux spécialistes [5], ou de donner des soins de moindre qualité ou quantité.

Le salariat consiste en un paiement à la fonction : il s'agit d'un système simple, sans risque de surproduction et permettant une bonne satisfaction des médecins [6], mais au prix d'une motivation parfois médiocre et d'un accès aux soins pas toujours optimal [7], donc de moindre efficience.

Enfin, le paiement à la performance intègre des incitations financières variant avec la qualité des pratiques : il permettrait donc de réduire les inégalités et d'améliorer les prises en charge [8], mais il y existe des risques de sélection des patients [9]. De plus, il modifie la relation médecin-patient et nécessite une structure logistique [10].

Les différents modes de rémunération présentent donc des incitations différentes et parfois contraires. Un système mixte est souvent considéré comme permettant d'en limiter les inconvénients, tout en potentialisant les avantages de chacun [4].

2. Les choix des pays européens

En Allemagne, les médecins sont rémunérés par un système de paiement à l'acte compris dans une enveloppe globale [11]. Celle-ci est définie pour tous les médecins du *Länd*, en fonction de besoins spécifiques.

Les omnipraticiens anglais sont quant à eux rétribués selon un schéma mixte [12] : la plus grande partie de leurs revenus, environ 60 %, est liée à un système de capitation complexe. Un paiement à la performance, le *Quality and Outcomes Framework*, est mis en place depuis 2004. Il représente environ 25 % des revenus des généralistes et est le pionnier du paiement à la performance en Europe. Enfin, les 15 % restants sont associés à un paiement à l'acte pour des services additionnels tels que petite chirurgie, soins aux toxicomanes…

Les omnipraticiens néerlandais bénéficient d'une rémunération mixte à la capitation et à l'acte [13] : la capitation varie selon l'âge des patients et le lieu d'exercice, et le paiement à l'acte rétribue les consultations, visites à domicile et consultations téléphoniques.

La Belgique présente un système voisin de celui de la France [14], avec une grosse majorité de la rémunération liée au paiement à l'acte.

Les pays nordiques ont opté pour des systèmes mixtes : capitation et actes au Danemark [15], capitation et salariat en Suède [16], et salariat et actes, plus ou moins capitation selon les municipalités, en Finlande [17].

Les autres pays européens possèdent également leur propre schéma de rémunération, variant selon leur évolution et leur contexte socio-économique [18]. Il n'existe ainsi pas deux pays ayant des caractéristiques strictement identiques en termes de rémunération de leurs omnipraticiens. On note cependant une tendance globale vers la mixité depuis quelques années.

3. La situation en France

En France, la rémunération des médecins généralistes s'est toujours faite majoritairement par paiement à l'acte [19]. Les pouvoirs publics

tentent cependant d'instaurer avec précaution d'autres formes de rétribution : l'option médecin référent de 1997 à 2004, était une première ébauche de capitation [20] ; les forfaits, tels que forfaits ALD, forfaits de prévention type Hémoccult ou forfaits de permanence des soins, prennent une place croissante : ils sont passés de 0,2 % du total de la rémunération des omnipraticiens en 2000, à 6,5 % en 2010 [21] ; enfin, le paiement à la performance, après le relatif succès du CAPI, est instauré depuis janvier 2012 pour tous les médecins généralistes ne l'ayant pas explicitement refusé [22].

4. Les revenus

Le revenu libéral moyen net par omnipraticien français est estimé à 5 941 € nets mensuels en 2010 [21] (après déduction du taux de débours et rétrocessions et du taux de charges), avec des disparités importantes selon les médecins, en fonction de temps de travail et de durée de consultation différents. Les médecins lorrains sont quant à eux légèrement au-dessus de la moyenne nationale [23]. La médecine générale reste cependant une des spécialités les moins rémunérées [24]. En Europe, les omnipraticiens français occupent un rang plutôt médiocre, loin derrière l'Allemagne, le Royaume-Uni ou les Pays-Bas [25].

MÉTHODES

ÉTUDE QUANTITATIVE AUPRÈS DES PATIENTS

L'objectif était de mesurer quantitativement l'idée que se font les patients des modes et niveaux de revenus des médecins généralistes. Un questionnaire de 16 items a été créé via le logiciel SphinxPlus[2] V5. Il comportait majoritairement des questions fermées à réponse unique, ainsi que quelques questions ouvertes numériques et une question texte facultative. Il devait permettre de définir le profil socio-démographique du répondeur puis d'apprécier ses opinions concernant les modes et niveaux de rémunération des omnipraticiens.

Les critères d'inclusion étaient : être un patient de médecin généraliste, majeur, français. Les individus étaient sélectionnés de façon aléatoire sur trois lieux neutres différents : une grande rue piétonne et commerçante à Metz, un marché d'une petite ville de Meurthe-et-Moselle, et le parking d'une enseigne de grande distribution dans une Zone d'Activité Commerciale mosellane.

ÉTUDE QUALITATIVE AUPRÈS DES MÉDECINS

Cette approche cherchait à décrire les opinions et le vécu des médecins généralistes vis-à-vis de leurs modes et niveaux de rémunération. Elle a été réalisée essentiellement sous forme de focus groups, complétés par trois entretiens individuels semi-dirigés. Les deux premières réunions ont été réalisées dans des cabinets de groupe, les deux dernières dans une salle de réunion de FMC à Metz. Nous avons opté pour un échantillonnage dirigé, permettant de recruter un large éventail de médecins différents, afin de maximiser le recueil de points de vue distincts. Les trois entretiens individuels ont été réalisés au cabinet de chaque participant. Vingt-neuf médecins lorrains au total ont participé à l'étude. On comptait 9 femmes pour 20 hommes, avec une moyenne d'âge de 50 ans, et des valeurs extrêmes entre 29 et 72 ans. Ils exerçaient en libéral depuis 18 ans en moyenne, et 11 travaillaient en milieu rural.

La trame d'entretien était composée de six questions ouvertes favorisant la discussion et l'expression des points de vue.

Les focus groups étaient enregistrés grâce à deux dictaphones ainsi qu'un caméscope pour les trois dernières réunions, puis les enregistrements étaient retranscrits intégralement pour aboutir au verbatim. Ce dernier était ensuite découpé en unités minimales de signification, comparé et classé afin de mettre en évidence les similitudes et les différences dans les avis recueillis.

L'arrêt des réunions a été décidé selon le principe de la saturation d'idées, le quatrième focus group ayant amené peu d'éléments nouveaux par rapport aux précédents.

RÉSULTATS

ÉTUDE QUANTITATIVE AUPRÈS DES PATIENTS

1. Données administratives

Cent personnes ont été interrogées. Elles avaient 46 ans en moyenne, avec des extrêmes variant de 18 à 88 ans. La parité était proche, avec 54 femmes pour 46 hommes. 61 % déclaraient habiter en ville. Les catégories BEP/CAP, Bac/Bac+2 et Bac+3/4 rassemblait environ trois quarts des personnes interrogées.

2. Les revenus des généralistes

Les patients estiment à 4 972 € (± 2 533 €) le revenu mensuel moyen des omnipraticiens. Les réponses s'échelonnent de 1 230 à 20 000 €, plus de la moitié des réponses se trouvant entre 4 000 et 6 000 € (voir Figure 1). Les femmes et les ruraux semblent surestimer les revenus, avec des différences cependant peu voire non significatives statistiquement (respectivement p = 0,055 et 0,13).

La majorité des sondés (62 %) pense que les médecins sont normalement payés, et un quart qu'ils ne le sont pas assez. 8 % ont déclaré qu'ils étaient trop payés. Les individus estiment également majoritairement (63 %) que le coût de la consultation de médecine générale est adapté. Un sur 5 pense cependant qu'il est trop élevé.

Les personnes interrogées estiment en moyenne que les médecins généralistes travaillent 50 heures (± 10 heures) par semaine, la moitié des individus situant ce temps de travail dans la tranche 45-55 heures. Les valeurs extrêmes varient entre 30 et 80 heures par semaine.

Nous avons demandé aux patients à combien ils estimeraient le salaire d'un médecin généraliste s'il travaillait comme salarié à 35 heures par semaine. Les revenus moyens des omnipraticiens s'établiraient alors à 3 793 € (± 2 026 €).

3. Les modes de rémunération

La majorité des répondeurs pensent que le paiement à l'acte est tout à fait ou plutôt adapté à la rémunération des médecins généralistes. Les trois autres modes de rémunération sont majoritairement cités comme plutôt pas ou pas du tout adaptés (voir Figure 2).

Seuls 5 % des sondés estiment que le paiement à l'acte n'est pas du tout adapté, alors qu'ils sont 37 % à le penser pour le paiement à la performance (voir Figure 2).

Le paiement à l'acte reste ainsi le mode de rémunération des médecins considéré comme le meilleur. Notons que le système mixte arrive en deuxième position (voir Figure 3).

Le paiement à la performance est plus apprécié par les plus jeunes individus (moyenne d'âge de 35,5 ans), alors que les répondeurs ayant choisi le paiement à l'acte sont plus âgés (moyenne d'âge de 49,7 ans), avec une différence statistiquement très significative ($p < 0.01$).

Il semble également exister un lien entre niveau d'études et choix du mode le plus adapté pour rémunérer les omnipraticiens : le choix « paiement à l'acte » va décroissant avec le niveau d'étude, tandis qu'augmente celui du mode mixte.

4. Qu'ont à nous dire les patients ?

Seuls 19 % des personnes interrogées estiment avoir leur mot à dire sur la question des modes et niveaux de rémunération des médecins généralistes. Les thèmes abordés librement sont très variés, passant des critères du paiement à la performance, au *numerus clausus* trop bas, la différence avec les revenus des spécialistes, le système de santé, l'activité libérale, le coût de la consultation ou encore la longueur des études.

Figure 1 : Revenu mensuel des omnipraticiens estimé par les personnes interrogées, en euros

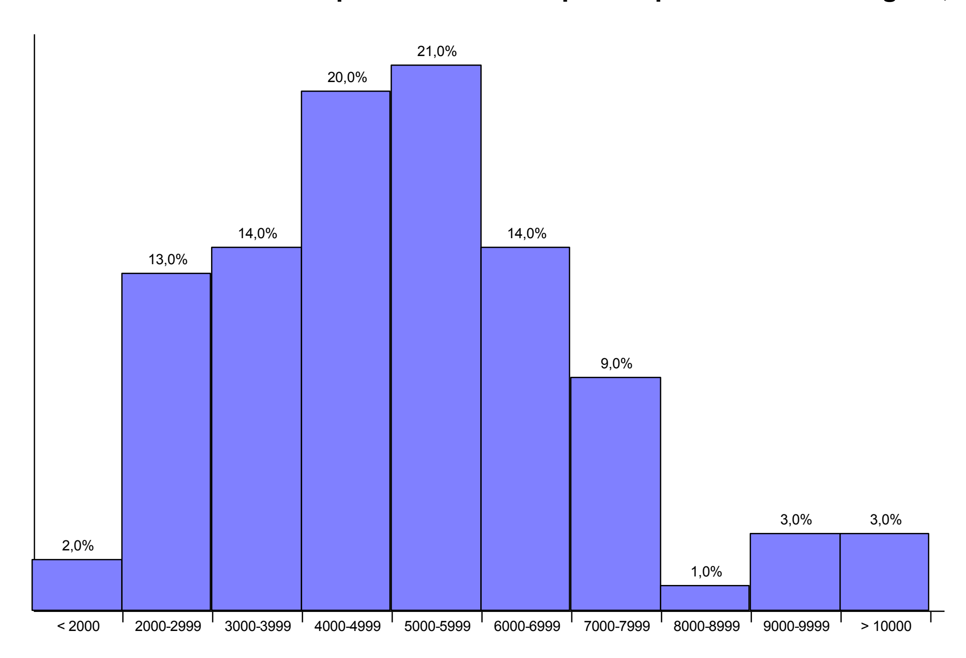


Figure 2 : Caractère adapté ou non des différents modes de rémunération selon les patients

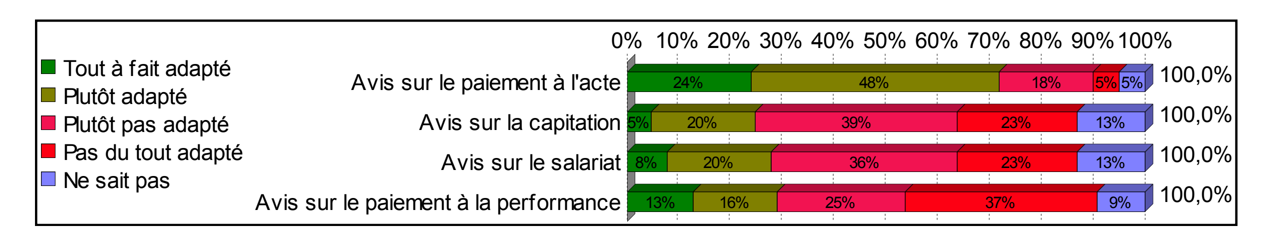
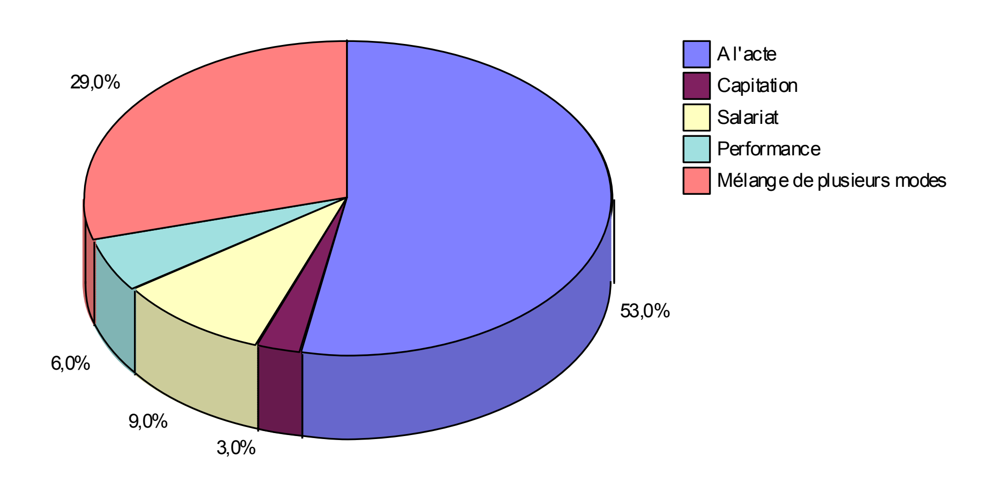


Figure 3 : Mode de rémunération des omnipraticiens déclaré optimal par les patients



ÉTUDE QUALITATIVE AUPRÈS DES MÉDECINS

1. Le paiement à l'acte

Le paiement à l'acte est parfois considéré comme un mode ancien et archaïque, appartenant au passé mais auquel les médecins semblent habitués et attachés. Ils critiquent le système de cotation qui y est lié, qui est jugé compliqué et inadapté. Le tarif fixe de C est ainsi remis en cause, et certains assimilent la consultation à un *« vaste fourre-tout »* dans lequel chacun met ce qu'il veut. Certains reconnaissent au paiement à l'acte son caractère inflationniste, et le terme d' *« usine »* est employé à plusieurs reprises.

Le paiement à l'acte est également relié au travail libéral, apprécié pour la liberté qu'il induit, mais rejeté à cause de ses nombreuses contraintes, telles comptabilité ou organisation. D'autres sont gênés par le fait de *« se vendre »* et éprouvent des difficultés à demander le règlement en fin de consultation.

Plusieurs médecins évoquent d'éventuelles évolutions à mettre en place, comme un tarif de C variant avec la durée de consultation.

Certains considèrent tout de même le paiement à l'acte comme un moindre mal par rapport aux autres modes de rémunération.

2. La capitation

Elle reste un mode mal connu et souvent peu apprécié par de nombreux médecins. Certains évoquent le risque d'avoir des revenus moins importants avec cette méthode de rémunération. Un médecin parle également du risque d'inégalités entre praticiens en fonction de l'état de santé des patientèles. D'autres estiment qu'il existerait un risque d'abus de la part des patients, notamment des *« hypochondriaques »* par exemple, qui risqueraient de *« squatter la salle d'attente »*. Des abus de la part des médecins sont également notifiés, comme les possibilités de modérer ses efforts, d'augmenter sa patientèle plus que de raison ou d'adresser abusivement les patients aux spécialistes.

D'autres reconnaissent des qualités à ce système : cette alternative permettrait aux médecins d'être *« déchargés du paiement à l'acte »*, d'être moins dépendants vis-à-vis des patients ou de régulariser leur temps de travail. Ils souhaiteraient voir ce système se développer plus rapidement en France.

Le *fundholding* est décrié en raison de son caractère gestionnaire : il fait des médecins des chefs d'entreprise plus que des soignants.

3. Les forfaits

Les forfaits sont également mal connus. Certains praticiens le considèrent comme une rémunération nécessaire et appréciable en raison du travail supplémentaire généré, par exemple pour les patients en ALD. Les sommes sont considérées par d'autres comme insuffisantes. Enfin, certains praticiens pensent au contraire que cette rémunération n'est pas justifiée.

Quelques médecins évoquent une ruse de la sécurité sociale pour ne pas augmenter le tarif de la consultation en échange de ces sommes liées aux forfaits.

4. Le paiement à la performance

Il semble exister un sentiment de non-adhésion des médecins envers ce type de paiement, qui leur semble non adapté au travail libéral. Certains se plaignent du caractère quasi-obligatoire de ce dernier, ou en tout cas de ne pas avoir été prévenus des possibilités de refus. Des qualificatifs tels *« ridicule »*, *« grotesque »* ou *« inimaginable »* sont employés. Il est reproché au paiement à la performance son caractère coûteux, et ses formalités administratives importantes. Des médecins l'ont également jugé comme inadapté en cas d'exercice en groupe.

Si certains praticiens évoquent une possibilité d'améliorer leurs pratiques via le paiement à la performance, d'autres émettent des doutes quant aux indicateurs choisis : certains *« prêtent à controverse »* selon eux, comme le pourcentage de mammographies ou de

prescription de génériques. Les objectifs sont également jugés comme *« intenables »* ou *irréalisables »* ; cette difficulté a pour conséquence des doutes quant à l'attractivité de cette méthode, certains estimant qu'ils n'en tireront quasiment aucun bénéfice. D'autres au contraire pensent qu'il s'agit d'un complément de rémunération utile, bien qu'il ne soit pas nécessaire, les médecins devant prendre en charge au mieux leurs patients y compris sans incitation financière. Le profit est reconnu essentiellement pour les caisses de sécurité sociale, un praticien jugeant qu'il a été mis en place pour *« réduire le déficit de la Sécu »*.

Certains médecins se méfient du paiement à la performance, essentiellement en raison de son caractère récent. Les difficultés qui ont été liées à la mise en place du CAPI justifient pour quelques praticiens la prudence vis-à-vis de ce mode de rémunération.

Enfin, certains évoquent des possibilités de conflits d'intérêt avec les patients, le médecin pouvant être tenté de soigner ses objectifs et non ses patients.

5. Le salariat

Rejeté par certains, apprécié par d'autres, le salariat est synonyme d'avantages comme 35 heures de travail hebdomadaire, des congés payés, une évolution avec l'ancienneté, moins de contraintes administratives et comptables…

Certains précisent tout de même que l'attractivité de ce mode n'irait de pair qu'avec des revenus suffisants.

Des médecins pensent qu'ils pourraient être moins attentifs à leur patientèle sous un régime de salariat, ou que certains en profiteraient pour faire travailler d'autres médecins à leur place : il est reconnu des problèmes de motivation liés à ce mode. D'autres arguent que le salariat permettrait de réduire le temps de travail, et de *« lisser »* les revenus entre les praticiens.

La question plus quantitative du salaire pour 35 heures de travail hebdomadaires a également été posée aux médecins : les valeurs données sont variables, passant de *« 3 000 »* à *« 8-9 000 euros »*, la majorité des réponses se situant aux alentours de 5 000 €.

6. Le paiement mixte

Il est reconnu comme l'évolution en cours. Certains lui reprochent son instabilité, estimant qu'il s'agit d'avoir *« le cul entre deux chaises »*, mais beaucoup le considèrent comme une idée intéressante présentant des avantages et limitant les inconvénients de chacun des autres modes.

Le système mixte devrait pour certains être adaptable selon les envies de chacun. Il semble également reconnu comme plus facile en cas d'exercice en groupe, pouvant nécessiter des absences difficilement compatibles avec un exercice seul.

7. Les revenus

Certains jugent leurs revenus trop bas, en raison essentiellement d'un tarif de C pas assez élevé. Ils sont aussi jugés trop faibles par rapport aux charges, au niveau d'études, aux responsabilités, aux efforts fournis ou au temps de travail.

La différence de revenus avec les autres spécialistes est jugée anormale, surtout depuis que la médecine générale a été reconnue comme une spécialité à part entière. Mais les médecins trouvent également que d'autres professions gagnent trop d'argent par rapport à eux : c'est le cas d'autres métiers de la santé tels les ostéopathes ou les podologues, des cadres ou des ingénieurs, des autres professions libérales (notaires…), des artisans, sportifs ou commerçants.

Les médecins rapportent une tendance à la dégradation dans leurs revenus, certains estimant que les anciens généralistes vivaient mieux qu'eux. Plusieurs s'inquiètent également par rapport à leur retraite.

D'autres sont au contraire satisfaits de leurs revenus, se considérant comme *« des privilégiés »*. Certains reconnaissent également que quelques spécialistes comme les pédiatres

ou les psychiatres ne sont pas à envier au point de vue revenus.

8. Autres

D'autres thèmes ont été abordés lors des échanges, que nous ne développerons pas en détails ici pour des raisons de longueur d'article. Ils concernent les conditions de travail et leur dégradation, les relations tendues avec les autres métiers de la santé, avec les caisses de sécurité sociale, mais aussi avec les patients, ou encore les comparaisons, parfois approximatives, avec les autres pays.

L'ensemble de ces sujets est disponible dans la thèse [26] dont est issue cet article. Les personnes intéressées peuvent se mettre en relation avec leur auteur.

DISCUSSION

ÉTUDE QUANTITATIVE AUPRÈS DES PATIENTS

1. Sur la méthode

L'échantillon ne peut être considéré comme représentatif. En effet les individus n'ont pas été tirés au sort mais choisis au hasard sur les lieux d'étude ; de plus, les trois lieux d'enquête ont été choisis subjectivement ; enfin, il a pu exister un biais de sélection lors de l'accostage des éventuels répondeurs. L'échantillon semble tout de même comparable à la population générale concernant l'âge, le sexe, le lieu d'habitation ou le niveau d'études.

Un questionnaire nous est apparu comme le meilleur choix : le contact direct avec les individus permettait de préciser les notions que certains auraient peu ou mal saisies. Ce dernier a volontairement été construit de manière à comporter un nombre de questions peu important, afin de ne pas décourager d'éventuels répondeurs. Un plus grand nombre d'items auraient probablement permis d'enrichir l'enquête, mais au prix d'une participation moins importante. Nous avons opté pour une majorité de questions fermées, facilitant leur compréhension, le sens et la compilation des réponses.

2. Sur les résultats

Les personnes interrogées se font une idée plutôt correcte quoique légèrement sous-évaluée du revenu des médecins généralistes : ils l'estiment à 4 972,30 € alors que la moyenne nationale réelle est de 5 941 € nets par mois [21]. Les valeurs données varient d'un facteur 16 entre les deux extrêmes (1 230 à 20 000 €) ; cela montre la zone d'ombre qui recouvre en France la question des revenus, des médecins comme de l'ensemble de la population.

Dans l'ensemble, assez peu de personnes pensent que les médecins généralistes sont trop payés ; la majorité considère plutôt que leurs revenus sont « normaux ». Cela peut être dû au fait que les études sont reconnues comme étant très longues, ou aux importantes responsabilités rapportées par certains. Le coût de la consultation est par contre plus fréquemment jugé trop élevé : 19 % des individus estiment qu'il devrait être plus bas. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'ils sont impliqués directement, bénéficiant d'un remboursement secondaire.

Les patients ont conscience que les médecins généralistes travaillent beaucoup. Ils sous-estiment cependant légèrement leur temps de travail : ils l'évaluent en moyenne à 50 heures hebdomadaires, alors que la moyenne réelle nationale est de 57 heures [27]. D'autre part, les individus ayant annoncé le plus petit nombre d'heures de travail sont ceux qui ont estimé que les médecins étaient trop payés : un manque de connaissance de l'activité des médecins pourrait-il expliquer cette impression de sur-rémunération ?

Les personnes interrogées semblent attachées au paiement à l'acte : il est plébiscité par la plupart d'entre elles comme le meilleur mode de rémunération des médecins généralistes. Mais il s'agit là du mode quasi-exclusif de rétribution des omnipraticiens dans notre pays. A-t-il été choisi en connaissance de cause ou simplement par défaut et par habitude ? On note d'ailleurs que les individus ayant un niveau d'études important paraissent mieux connaître les

différents modes de rémunération des médecins et les incitations qui en découlent.

Il est remarquable que le paiement à la performance ait été dans l'ensemble rejeté, alors que ce dernier a été mis en place récemment en France. La plupart des répondeurs ont trouvé l'idée plutôt inquiétante et dérangeante, et beaucoup ne savaient pas que ce type de paiement vient d'être initié dans notre pays.

La richesse des thèmes abordés lors de la question texte en fin de questionnaire prouve que de multiples interrogations persistent à propos des revenus et des rémunérations des omnipraticiens.

ÉTUDE QUALITATIVE AUPRÈS DES MÉDECINS

1. Sur la méthode

La méthode des focus groups était adaptée : l'expression était libre et spontanée, concernant un sujet connu de tous les participants, et chacun a pu s'y exprimer.

La réalisation d'entretiens individuels, la réévaluation des observations par les participants, et la triangulation des analyses grâce à la participation d'une sociologue ont permis d'augmenter la validité interne de l'étude. L'échantillonnage dirigé et l'obtention de la saturation des idées ont quant à eux amélioré sa validité externe.

Certains médecins ont pu se sentir gênés d'aborder ces sujets en groupe, notamment face à leurs confrères. D'autres opinions auraient pu émerger avec davantage d'entretiens individuels. L'échantillon n'avait pas à être représentatif mais nous regrettons cependant l'absence de généralistes du secteur 2 dans notre pool de médecins : ceux-ci auraient pu apporter des idées inédites en rapport avec leur exercice particulier. Certains médecins se connaissaient préalablement aux réunions, et cela a pu les gêner pour exprimer pleinement leur avis.

2. Sur les résultats

Ces questions mêlent des représentations politiques, éthiques, sociales et personnelles, et chaque médecin s'en fait ainsi sa propre opinion. Nous avons donc obtenu un éventail d'avis divergents. Les généralistes ont globalement eu tendance à faire ressortir les points négatifs dans les débats. Se pose ainsi la question de leur satisfaction professionnelle, qui ne semble pas très élevée.

Le paiement à l'acte présente un bilan en demi-teinte, apportant des avantages et des inconvénients. La majorité des médecins semblent cependant satisfaits de ce mode de rémunération. Différentes études qualitatives réalisées ces dernières années semblent confirmer ces faits [28, 29]. Il s'agit là d'un paradoxe qui consiste à se satisfaire d'un système que l'on critique régulièrement. Tout se passe donc en France comme si la relation médecins/paiement à l'acte était un vieux couple, conscient de ses problèmes mais refusant de faire des concessions, et dont le mari/médecin serait irrémédiablement attiré vers de jeunes prétendantes/modes de rémunération tout en pensant sa relation actuelle plus stable et plus sûre…

Les médecins reconnaissent en la capitation un mode plus souple, permettant de diminuer le temps de travail et de minorer la dépendance aux patients, mais présentant des risques d'abus… Rapprochent-ils cette méthode de ce qu'ils ont connu il y a quelques années à travers l'option médecin référent, véritable essai de capitation en France ? Le succès avait été tout relatif à l'époque, avec seulement 10 % des médecins éligibles qui avaient opté pour ce contrat.

Concernant les forfaits, la plupart des avis sont positifs : considérés comme un paiement supplémentaire mais légitime, les médecins voient en eux un complément appréciable. Les sommes mises en jeu semblent simplement trop faibles pour les motiver. Rappelons néanmoins que les forfaits représentent actuellement 6.5 % des revenus des médecins généralistes.

Les représentations que les médecins se font du salariat sont celles d'un mode offrant de nombreux avantages et la possibilité de

diminuer la durée du travail. La plupart des études confirment ces opinions, y compris celles concernant les jeunes médecins comme celle de l'ISNAR-IMG [30]. La question de la rémunération estimée pour 35 heures de travail en salariat est intéressante : les valeurs ont varié de 3 000 à 9 000 euros. Cette différence prouve que les médecins n'estiment pas tous leur travail à la même valeur. Il est intéressant de noter que les patients leur donnaient globalement des salaires bien inférieurs.

Notre étude, et d'autres s'en rapprochant [28, 29], montre que le paiement à la performance est pour le moment peu apprécié par les médecins, probablement en raison de son caractère encore récent : un certain nombre se méfie de ce mode novateur, notamment en raison d'incompréhensions antérieures avec les caisses de sécurité sociale.

Les opinions des omnipraticiens sont aussi partagées sur leurs revenus. Mais les médecins généralistes ne semblent pas prendre conscience de leur situation : avec une moyenne de quasiment 6 000 euros nets par mois, ils font partie des professions françaises les mieux rémunérées. Les médecins généralistes seraient-ils des privilégiés qui s'ignorent ? En réalité, ils semblent chercher dans leurs revenus la reconnaissance qui leur échappe socialement, ayant la sensation que leur environnement de travail évolue défavorablement.

CONCLUSION

Critiquant mais restant attachés au paiement à l'acte, les médecins émettent des doutes quant aux autres modes de rétribution. Les patients semblent quant à eux peu intéressés par les méthodes de rémunération mais restent tout de même attachés au paiement à l'acte, même si d'évidentes lacunes de connaissance ne leur ont pas permis d'apprécier les différents modes à leur juste valeur.

Le paiement à la performance semble peu apprécié des médecins comme des patients, et source de multiples interrogations, probablement en raison de son caractère récent : les médecins contestent certaines modalités de sa mise en application et appréhendent des résultats non à la hauteur de leurs espérances. Les patients sont quant à eux nombreux à le juger inadapté à la pratique médicale. Médecins et patients pourraient ainsi considérer cette méthode comme risquant de dégrader la relation qui les unit.

Le débat concernant les différents modes de rémunération semble moins intéresser les médecins que celui du niveau de revenus : ils ne sont pas forcément très intéressés par la manière dont ils sont rémunérés, mais plutôt par le niveau de leur rémunération, qu'ils estiment devoir être à un niveau suffisant eu égard à leur fonction, sans avoir l'air de prendre conscience qu'ils sont une des professions les mieux rémunérées en France. Les patients cautionnent le fait que les omnipraticiens gagnent leur vie correctement, et mettent ce fait notamment en rapport avec leur temps de travail.

La question des revenus pour un hypothétique salariat à 35 heures hebdomadaires caractérise bien la différence entre les deux points de vue : les patients octroieraient aux médecins des revenus corrects, mais insistent sur le fait que ces sommes devraient rester correctes par rapport au reste de la population. Les médecins s'accorderaient, pour certains d'entre eux, des revenus bien supérieurs frôlant parfois l'indécence.

La mixité des modes de rémunération des omnipraticiens en France n'en est qu'à ses débuts. La situation est vraisemblablement amenée à évoluer au cours des prochaines années.

Une mise en lumière de la question des modes et des niveaux de rémunération des médecins généralistes pourrait être effectuée dans les médias et auprès des décideurs, et serait une étape indispensable pour redonner à la médecine générale l'attractivité dont elle bénéficiait jadis.

PROPOSITION D'UN MODÈLE MIXTE

Nous pourrions imaginer une part de 50 % des revenus sous forme de capitation, les médecins

semblant réclamer une base de revenus fixe, et la capitation générant d'après nous des incitations plus intéressantes que celles du salariat. Une partie non négligeable de la rétribution, 30 % par exemple, pourrait être liée à l'activité, permettant de maintenir une motivation suffisante. Les forfaits représenteraient 10 à 15 % de l'ensemble des revenus, et pourraient prendre en charge des activités non cotées à l'acte et rétribuer ainsi des missions de prévention, d'éducation thérapeutique, de permanence des soins… Enfin, le paiement à la performance, peu apprécié des médecins comme des patients et présentant un risque de conflits d'intérêt entre eux, représenterait 5 à 10 % du total.

Du point de vue des revenus, l'ensemble de ces différentes méthodes pourrait aboutir à une moyenne de 6 000 euros, somme correcte et décente qui devrait convenir à la plupart des médecins.

RÉFÉRENCES

1. Jeanrenaud C. Mode de rémunération des médecins et coûts de la santé en Suisse. Université de Neuchâtel.

2. Majnoni d'Intignano B. Incitations financières et régulations, In : Santé et économie en Europe. 3e Ed. Paris : Presses Universitaires de France ; 2006 : 78-101.

3. Delattre E, Dormont B. Induction de la demande de soins par les médecins libéraux français. Etude micro-économétrique sur données de panel. Economie & prévision. 2000 ; (142) : 137-61.

4. Léger P.T, Strumpf E. Système de paiement des médecins : bref de politique. Montréal : CIRANO ; 2010 p. 12-22. Rapport n°2010RP-12.

5. Allard M, Jelovac I, Léger P.T. Treatment and referral decisions under different payment mechanisms. J Health Econ. 2011 ; 30(5) : 880-93.

6. Gosden T, Sibbald B, Williams J, Petchey R, Leese B. Salaried contracts in UK general practice: a study of job satisfaction and stress. J Heath Serv Res Policy. 2002; 7(1) : 26-33.

7. Chawla M, Windak A, Berman P, Kulis M. Paying the Physician : Review of Different Methods. Boston : Harvard School of Public Health ; 1997 p. 6-23.

8. Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E, Middleton E, Sibbald B, Roland M. Quality of Primary Care in England with the Introduction of Pay for Performance. N Engl J Med. 2007; 357 : 181-90.

9. Gravelle H, Sutton M, Ma A. Doctor Behaviour under a Pay for Performance Contract : Further Evidence from the Quality and Outcomes Framework. University of York - Centre for Health Economics; 2008 p. 1–22. CHE Research Paper n°34.

10. Wald D.S. Problems with performance related pay in primary care. BMJ. 2007; 335 (7619) : 523-4.

11. Albouy V, Deprez M. Mode de rémunération des médecins. Trésor-Eco. 2008 ; (42) : 1-8.

12. Boyle S. United Kingdom (England) : Health System Review. Health Systems in Transition. 2011 ; 13(1) : 1-486.

13. Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W, van Ginneken E. The Nederlands : Health System Review. Health Systems in Transition. 2010 ; 12(1) : 1-229.

14. Gerken S, Merkur S. Belgium : Health System Review. Health Systems in Transition. 2010; 12(5) : 1-266.

15. Strandberg-Larsen M, Nielsen M.B, Vallgårda S, Krasnik A, Vrangbæk K. Denmark : Health System Review. Health Systems in Transition. 2007 ; 9(6) : 1-164.

16. Bapt G. Rapport d'information sur la pertinence du modèle de santé nordique : le Danemark et la Suède. Assemblée Nationale ; 2007 p. 5-10. Rapport n°3784.

17. Vuorenkoski L, Mladovsky P, Mossialos E. Finland : Health System Review. Health Systems in Transition. 2008 ; 10(4) : 1-173.

18. Fujisawa R, Lafortune G. The remuneration of General Practitioners and specialists in 14 OECD countries : what are the factors influencing variations across countries ? OECD Health Working Papers. 2008 ; (41) : 1-63.

19. Schweyer F.X. L'essor de la profession médicale en France : dynamiques et ruptures. ADSP. 2000 ; 32 : 16-9.

20. Lhéritier M, Péjout I. L'activité abusive du médecin référent. A propos du jugement rendu par le tribunal des affaires de la sécurité sociale de la Charente-Maritime le 20 mai 2003. Rev Med Ass Maladie. 2004 ; 35(1) : 37-43.

21. Bellamy V. Les honoraires des professionnels de santé libéraux entre 2008 et 2010. DREES Etudes et résultats. 2011 ; (786) : 1-8.

22. République française. Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes. JO du 25 septembre 2011.

23. IRDES. Les bases Eco-Santé en ligne. Disponible à partir de l'URL : http://www.eco-sante.fr.

24. Bournot M.C, Goupil M.C, Tallec A, Truffreau F, Hérault T. Les médecins généralistes face au défi de l'actualisation des connaissances et des pratiques et à la question des modes de rémunération. Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire. 2009 p. 12-7.

25. OCDE. Base de données StatExtracts. Disponible à partir de l'URL : http://stats.oecd.org.

26 Messein N. Modes et niveaux de rémunération des médecins généralistes : opinions des omnipraticiens et des patients lorrains. Une double approche qualitative et quantitative. Thèse : Med. : Université de Nancy 1. 2012.

27. Jakoubovitch S, Bournot M.C, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. DREES Études et Résultats. 2012 ; (797) : 1-8.

28. Nifenecker R. La rémunération des médecins généralistes : Une approche des raisons du refus d'adhérer au contrat d'amélioration des pratiques individuelles (C.A.P.I.) par les médecins généralistes bretons deux ans après son apparition. Thèse : Med. : Université de Rennes 1. 2011.

29. Brenon M. Le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles : vers un nouveau mode de rémunération pour les médecins généralistes français ? Enquête qualitative auprès de 31 médecins isérois. Thèse : Med. : Université de Grenoble. 2010.

30. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. 2011 p. 16-18.

Bibliographie

1. Bessière S, Breuil-Genier P, Darriné S. La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national. DREES Études et Résultats. 2004 ; (352) : 1-12.

2. OCDE. Bases de données de l'OCDE sur la santé 2012 - Données fréquemment demandées. Disponible à partir de l'URL : http://www.oecd.org/fr/sante/politiquesetdonneessurlasante/basededonneesdelocdesurlasante2012-donneesfrequemmentdemandees.htm, consulté le 14 septembre 2012.

3. Jakoubovitch S, Bournot M.C, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. DREES Études et Résultats. 2012 ; (797) : 1-8.

4. HCAAM. Note sur les conditions d'exercice et de revenus des médecins libéraux ; 2007 p. 1-147. Disponible à partir de l'URL : http://www.professionmedecin.fr/wp-content/uploads/HCAAM-rapport.pdf, consulté le 03 octobre 2011.

5. Bories-Maskulova V. Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2006. Points de repère de l'Assurance Maladie. 2008 ; (23) : 1-12.

6. Simoens S, Hurst J. The Supply of Physician Services in OECD Countries. OECD Health Working Papers. 2006 ; (21) : 1-61.

7. Le Faou A-L. Origine et philosophie des systèmes de santé, In : Les systèmes de santé en questions : Allemagne, France, Royaume-Uni, États-Unis et Canada. Paris : Ellipses ; 2003 : 9-55.

8. Fauvet L. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2010. DREES Études et résultats. 2011 ; (767) : 1-8.

9. Pereira C. La régulation économique de la médecine de ville en France. DREES Document de travail. 2003 : 23p.

10. Cozzarolo B, Jalon E, Sarlat G. Rapport d'enquête sur la régulation et l'organisation de la médecine de ville : les enseignements des expériences étrangères. IGAS ; 2003 p. 1-204. Rapport n°2002-M-023-02.

11. Majnoni d'Intignano B. Trois lois fondamentales, In : Santé et économie en Europe. 3e Ed. Paris : Presses Universitaires de France ; 2006 : 18-33.

12. Smolders N. General practitioner's responses to financial incentives and the implications for the remuneration system. Thèse : Sci. Econ. : Tilburg University. 2006.

13. Paris V, Devaux M , Wei L. Health system institutional characteristics : a survey of 29 OECD countries. OECD ; 2010 p. 8-28. Rapport n°50.

14. Majnoni d'Intignano B. Incitations financières et concurrence dans les systèmes de santé. Revue de l'OFCE. 1991 ; (36) : 117-39.

15. Commission des comptes de la Sécurité sociale. Les comptes de la Sécurité sociale : Résultats 2011, prévisions 2012. 2012 p. 190. Disponible à partir de l'URL : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_ccss_07-2012_bis.pdf, consulté le 14 septembre 2012.

16. Dourgnon P, Grignon M. Le tiers payant est-il inflationniste ? Questions d'économie de la santé. 2000 ; (27) : 1-4.

17. Rochaix L. Asymétries informationnelles et comportement médical. Thèse : Sci. Econ. : Université de Rennes 1. 1986.

18. Chawla M, Windak A, Berman P, Kulis M. Paying the Physician : Review of Different Methods. Boston : Harvard School of Public Health ; 1997 p. 6-23.

19. Jeanrenaud C. Mode de rémunération des médecins et coûts de la santé en Suisse. Université de Neuchâtel. Disponible à partir de l'URL : http://www.seco.admin.ch/dokumentation/publikation/02640/02642/index.html?download=NHzLpZeg7t,lnp6I0NTU042l2Z6ln1ae2IZn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCEeYB4hGym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--&lang=fr, consulté le 25 août 2011.

20. Cutler D.M, Reber S.J. Paying for health insurance : the trade-off between competition and adverse selection. Quarterly Journal of Economics. 1998 ; 113(2) : 433-66.

21. Majnoni d'Intignano B. Incitations financières et régulations, In : Santé et économie en Europe. 3[e] Ed. Paris : Presses Universitaires de France ; 2006 : 78-101.

22. Gerdtham U.G, Søgaard J, Andersson F, Jönsson B. An econometric analysis of health care expenditure : a cross-section study of the OECD countries. J Health Econ. 1992 ; 11(1) : 63-84.

23. Rice T.H. The Impact of Changing Medicare Reimbursement Rate on Physician-Induced Demand. Medical Care. 1983 ; 21(8) : 803-15.

24. Evans R.. Supplier-induced demand : some empirical evidence and implications, In : Perlman M, The Economics of Health and Medical Care. New York : John Wiley and Sons ; 1974.

25. Romains J. Acte I scène unique. In : Knock. Paris : Gallimard ; 2011 : 13-49.

26. Gosden T, Forland F, Kristiansen I.S, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, Sergison M, Pedersen L. Impact of payment method on behaviour of primary care physician : a systematic review. J Health Serv Res Policy. 2001 ; 6(1) : 44-55.

27. Rochaix L, Jacobzone S. L'hypothèse de demande induite : un bilan économique. Économie & prévision. 1997 ; (129-130) : 25-36.

28. Trinquard S. Demande induite par l'offre ambulatoire : un survol de la littérature théorique et empirique. Cahiers du Laboratoire de Sciences Économiques de Richter, université de Montpellier 1 ; 2006 p. 1-34.

29. Domenighetti G, Casabianca A. Rate of hysterectomy is lower among female doctors and lawyer's wives. BMJ. 1997 ; 314(7091) : 1417.

30. Delattre E, Dormont B. Induction de la demande de soins par les médecins libéraux français. Étude micro-économétrique sur données de panel. Économie & prévision. 2000 ; (142) : 137-61.

31. Conan E. Le système de santé français est le meilleur du monde. Marianne 17 mai 2008 ; (578) : 39.

32. Albouy V, Deprez M. Mode de rémunération des médecins. Trésor-Éco. 2008 ; (42) : 1-8.

33. Blomqvist A. Léger P.T. Information asymmetry, insurance, and the decision to hospitalize. J Health Econ. 2005 ; 24(4) : 775-93.

34. Brunelle Y, Bergman H. Capitation, efficience et rationnement. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé. 1999 ; 6(2) : 270-88.

35. Gerdham U.G, Jönsson B, MacFarlan M, Oxley H. The determinants of health expenditure in the OECD countries : a pooled data analysis. Dev Health Econ Public Policy. 1998; 6 : 113-34.

36. Léger P.T, Strumpf E. Système de paiement des médecins : bref de politique. Montréal : CIRANO ; 2010 p. 12-22. Rapport n°2010RP-12. Disponible à partir de l'URL : http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2010RP-12.pdf, consulté le 25 août 2011.

37. Iversen T, Lurås H. The effect of capitation on GPs' referral decisions. J Health Econ. 2000; 9(3) : 199-210.

38. Allard M, Jelovac I, Léger P.T. Treatment and referral decisions under different payment mechanisms. J Health Econ. 2011 ; 30(5) : 880-93.

39. Ellis R.P, McGuire T.G. Provider behavior under prospective reimbursement : Cost sharing and supply. J Health Econ. 1986 ; 5(2) : 129-51.

40. Grignon M, Paris V, Polton D. L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficience du système de soins, In : Les études de la commission Romanow : Les forces de changement dans le système de santé canadien. Ottawa : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada ; 2002 p. 226-60.

41. Léger P.T. Modes de rémunération des médecins : un aperçu des possibilités d'action au Canada. Ottawa : Fondation Canadienne de la Recherche sur les Systèmes de Santé; 2011 p. 7-8. Rapport n°3.

42. Paraponaris A / coor. De nouveaux modes de rémunération pour une médecine de ville plus qualitative ? Mémoire : Santé publique : École des Hautes Études en Santé Publique. 2008.

43. Gosden T, Sibbald B, Williams J, Petchey R, Leese B. Paying doctors by salary : a controlled study of general practitioner behaviour in England. Health Policy. 2003 ; 64(3) : 415-23.

44. Gosden T, Sibbald B, Williams J, Petchey R, Leese B. Salaried contracts in UK general practice: a study of job satisfaction and stress. J Heath Serv Res Policy. 2002; 7(1) : 26-33.

45. Gosden T, Pedersen L, Torgerson D. How should we pay doctors ? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour. Q J Med. 1999 ; 92(1) : 47-55.

46. Sørensen R.J, Grytten J. Service production and contract choice in primary physician services. Health Policy. 2003 ; 66(1) : 73-93.

47. Molière. Acte III Scène 1 In : Le médecin malgré lui. Paris : Flammarion ; 2011 p. 81-3.

48. Brami J. 100 articles pour faire le point sur le P4P. EPP Infos [on line]. 2011 ; 36. Disponible à l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_801543/references, consulté le 10 janvier 2012.

49. HCAAM. Les modes de rémunération en médecine de ville, expériences françaises et étrangères. In : Annexes au Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. 2004 p. 187-94. Annexe 41.

50. Bras P.L, Duhamel G. Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères. IGAS ; 2008 p.11-56. Rapport RM2008-047P.

51. Bernstein D. Le paiement à la performance des médecins généralistes anglais a-t-il atteint ses objectifs ? Un premier bilan. ADSP. 2008 ; (65) : 49-52.

52. Ammi M, Bejean S. Les incitations « explicites » à la prévention peuvent-elles être efficaces en médecine libérale ? Université catholique de Lille. XXIXèmes journées des Économistes de la Santé Français ; 6-7 décembre 2007 p. 3-13.

53. Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E, Middleton E, Sibbald B, Roland M. Quality of Primary Care in England with the Introduction of Pay for Performance. N Engl J Med. 2007; 357 : 181-90.

54. Hippisley-Cox J, Vinogradova Y, Coupland C. Time Series Analysis for selected clinical indicators from the Quality and Outcomes Framework 2001-2006. The Information Centre for health and social care; 2006 p. 1-39. Disponible à partir de l'URL : http://www.qresearch.org/Public_Documents/Time%20Series%20Analysis%20for%20selected%20clinical.pdf, consulté le 14 septembre 2012.

55. Petersen L.A, Woodard L.D, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care? Annals of Internal Medicine. 2006; 145(4) : 265-72.

56. Freeman G. Up close and personal ? Continuing pressure on the doctor-patient relationship in the QOF era. Br J Gen Pract. 2006; 56(528) : 483-4.

57. Gravelle H, Sutton M, Ma A. Doctor Behaviour under a Pay for Performance Contract : Further Evidence from the Quality and Outcomes Framework. University of York - Centre for Health Economics ; 2008 p. 1-22. CHE Research Paper n°34.

58. Chanson P. Paiement à la performance. Il est loin d'être la martingale en termes de qualité des soins. Le concours médical. 2009 ; 131(13) : 480.

59. Wald D.S. Problems with performance related pay in primary care. BMJ. 2007 ; 335 (7619) : 523-4.

60. Simoens S, Giuffrida A. The impact of physician payment methods on raising the efficiency of the healthcare system : an international comparison. Appl Health Econ Health Policy. 2004 ; 3(1) : 39-46.

61. Levesque J.F, Feldman D, Dufresne C, Bergeron P, Pinard B, Gagné V. Barrières et éléments facilitant l'implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques. Prat Organ Soins. 2009 ; 40(4) : 251-65.

62. Krasnik A, Groenewegen P.P, Pedersen P.A, Scholten P.V, Mooney G, Gottschau A, Flierman H.A, Damsgaard M.T. Changing remuneration systems : effects in activity on general practice. BMJ. 1990 ; 300 : 1698-1701.

63. Cariage JL. Quelques données historiques sur les honoraires médicaux. In : L'exercice de la médecine en France - à la fin du XIXe et au début du XXe siècle (honoraires - syndicats - éthique médicale). Besançon : Néo-Typo ; 1965 : 25-68.

64. Berlan H, Thévenin E. Médecins et société en France. Du XVIe siècle à nos jours. Toulouse : Éditions Privat ; 2005.

65. Schweyer F.X. L'essor de la profession médicale en France : dynamiques et ruptures. ADSP. 2000 ; 32 : 16-9

66. Flaubert G. Madame Bovary. Paris : Gallimard ; 2001.

67. Suhard V. Historique des conventions médicales. IRDES Service documentation ; 2012 p. 1-18. Disponible à partir de l'URL : http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/HistoriqueConventionsMedicales.pdf, consulté le 14 septembre 2012.

68. Hartmann L. Les conventions médicales. CES - La lettre du Collège. 2010 ; 21(3) : 2-4.

69. Batifoulier P, Bien F, Biencourt O. La pratique des honoraires libres en médecine ambulatoire : le prix signale-t-il la qualité ? Journal d'Économie Médicale. 1999 ; 17 (6) : 395-404.

70. République française. Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes. JO du 25 septembre 2011. Disponible à partir de l'URL : http://www.fmfpro.com/IMG/pdf/joe_20110925_0223_0016.pdf, consulté le 05 novembre 2011.

71. Lhéritier M, Péjout I. L'activité abusive du médecin référent. A propos du jugement rendu par le tribunal des affaires de la sécurité sociale de la Charente-Maritime le 20 mai 2003. Rev Med Ass Maladie. 2004 ; 35(1) : 37-43.

72. Samson AL. Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? Regards croisés sur l'économie. 2009 ; (5) : 1-16.

73. Cour des comptes. Rapport Annuel sur les Lois de Financement de la Sécurité Sociale. 2007 ; Recommandation n°26.

74. Flajeolet A. Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire. Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative ; 2008 p. 62-70. Disponible à partir de l'URL : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Flajolet.pdf, consulté le 14 septembre 2012.

75. Bellamy V. Les honoraires des professionnels de santé libéraux entre 2008 et 2010. DREES Études et résultats. 2011 ; (786) : 1-8.

76. République française. Arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire. JO du 29 avril 2011 p. 7484.

77. Borée. Faut-il me déCAPIter ? Le blog de Borée. 15 novembre 2010. Disponible à partir de l'URL : http://boree.eu/?p=1039, consulté le 25 août 2011.

78. Van Roekeghem F. CAPI : 66 % des médecins rémunérés dès la première année. Lettre d'information aux médecins de l'Assurance Maladie. 2011 ; (37) : 1.

79. Polton D, Aubert J.M. Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles, aboutissement ou nouveau départ pour la gestion des soins ? CES - La lettre du Collège. 2010 ; 21(3) : 5-7.

80. Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) : une dynamique au bénéfice des patients. Communiqué de presse de l'Assurance Maladie. 21 septembre 2010.

81. Hubert E. Rapport de la mission de concertation sur la médecine de proximité. Rapport remis à la présidence de la République. 2010 p 101-12. Disponible à partir de l'URL : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000622/ 0000.pdf, consulté le 14 septembre 2012.

82. Marlein J, Lehmann C. Les CAPI pour les Nuls. Espace généraliste. Disponible à partir de l'URL : http://www.espacegeneraliste.info/Nord-PasdeCalais/IMG/pdf/capi_pour_les_nuls.pdf, consulté le 25 août 2011.

83. Holué C. Nouveaux modes de rémunération. Les expérimentations commencent enfin. Le Concours Médical. 2010 ; 132(3) : 92-3.

84. Busse R, Riesberg A. Health care systems in transition : Germany. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004 p. 12-189.

85. Bas-Theron F. Le système de santé et d'assurance maladie en Allemagne. Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire. IGAS ; 2002 p. 9-33. Rapport n° 2002 052. Disponible à partir de l'URL : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000448/0000.pdf, consulté le 14 septembre 2012.

86. Busse R. Health Care Systems : Germany and Britain compared. Health Care Delivery - Toward an Agenda for Policy Learning Between Britain and Germany. London : Anglo-German Foundation for the Study of Industrial Society ; 2002 ; p.30.

87. Blümel M, Henschke C. Reform of provider payment in ambulatory care. Health Policy Monitor. 2010 ; 16. Disponible à partir de l'URL : http://www.hpm.org/survey/de/a16/3, consulté le 10 octobre 2011.

88. Lemaître F. L'Allemagne ne sait pas quoi faire des excédents de l'assurance maladie. Le Monde. 08 mars 2012. Disponible à partir de l'URL : http://www.lemonde.fr/economie/article/2012/03/08/l-allemagne-ne-sait-pas-quoi-faire-des-excedents-de-l-assurance-maladie_1654231_3234.html, consulté le 21 mars 2012.

89. Laplace L, Kamendje B, Nizard J, Coz J.M, Chaperon J. Les systèmes de santé français et anglais : évolution comparée depuis le milieu des années 90. Santé Publique. 2002 ; 14(1) : 47-56.

90. Morin L, Foury C, Briot P. Modalités d'application du « disease management » concernant l'organisation et la rémunération des professionnels aux USA, en Allemagne et en Angleterre : perspectives pour la France. Santé Publique. 2010 ; 22(5) : 581-92.

91. Boyle S. United Kingdom (England) : Health System Review. Health Systems in Transition. 2011 ; 13(1) : 1-486.

92. Bas-Theron F, Chevrier-Fatôme C, Duhamel G. L'encadrement et le contrôle de la médecine ambulatoire. Etude d'administration comparée : Allemagne, Angleterre, États-Unis, Pays-Bas. IGAS ; 2002 p. 9. Rapport n°2002 081. Disponible à partir de l'URL : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000455/0000.pdf, consulté le 14 septembre 2012.

93. Landrain E. Rapport d'information sur les réformes de l'assurance maladie en Europe. Assemblée Nationale ; 2004 p. 15-61. Rapport n°1672. Disponible à partir de l'URL : http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/europe/rap-info/i1672.pdf, consulté le 14 septembre 2012.

94. The NHS Information Centre. 2006/07 UK General Practitioner Workload Survey ; 2007 p.15. Disponible à partir de l'URL : http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/gp/GP%20Workload%20Report.pdf, consulté le 14 septembre 2012.

95. The NHS Information Centre. Quality and Outcomes Framework. Achievement Data 2009/10 ; 2010 p. 1-46. Disponible à partir de l'URL : http://www.ic.nhs.uk/webfiles/QOF/2009-10/QOF_Achievement_Prevalence_Bulletin_2009-10_v1.0.pdf, consulté le 14 septembre 2012.

96. Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, Martin R. Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom. N Engl J Med. 2006 ; 355(4) : 375-84.

97. National Audit Office. NHS Pay Modernisation : New contracts for general practice services in England ; 2008 p. 35. Rapport HC 307.

98. Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W, van Ginneken E. The Nederlands : Health System Review. Health Systems in Transition. 2010 ; 12(1) : 1-229.

99. Chevrier-Fatôme C. Le système de santé et d'assurance maladie aux Pays-Bas. Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire. IGAS ; 2002 p. 6-23. Rapport n°2002 070. Disponible à partir de l'URL : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000475/0000.pdf, consulté le 14 septembre 2012.

100. de Graff P. Les soins de santé primaires aux Pays-Bas. In : Les médecins généralistes face à l'organisation de l'offre de soins : Quelles pratiques ? Quelles évolutions ? Rennes - École Nationale de Santé Publique ; 08 juin 2006 p. 24-9.

101. Gerken S, Merkur S. Belgium : Health System Review. Health Systems in Transition. 2010 ; 12(5) : 1-266.

102. Lorant V, Geerts C, D'Hoore W, Sauwens D, Remmen R, Peremans L, Bastiaens H, Duschesnes C, Ryssaert L, De Maeseneer J, Violet I, Goedhuys J, Rojas V.S, Paulus D. Médecine générale : comment promouvoir l'attraction et la rétention dans la profession ? Centre fédéral d'expertise des soins de santé ; 2008 p. 36. KCE reports 90B.

103. INAMI. Tarifs ; médecins - consultations et visites ; 01/02/2012. Circulaire OA n°2012/12 du 10 janvier 2012.

104. Annemans L, Closon J.P, Closon M.C, Heymans I, Lagasse R, Mendes Da Costa E, Moureaux C, Roch I. Comparaison du coût et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique. Centre fédéral d'expertise des soins de santé ; 2008 p. 15. KCE reports 85B.

105. Bapt G. Rapport d'information sur la pertinence du modèle de santé nordique : le Danemark et la Suède. Assemblée Nationale ; 2007 p. 5-10. Rapport n°3784. Disponible à partir de l'URL : http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-info/i3784.pdf, consulté le 14 septembre 2012.

106. Strandberg-Larsen M, Nielsen M.B, Vallgårda S, Krasnik A, Vrangbæk K. Denmark : Health System Review. Health Systems in Transition. 2007 ; 9(6) : 1-164.

107. Glenngård A.H, Hjalte F, Svensson M, Anell A, Bankauskaite V. Sweden : Health System Review. Health Systems in Transition. 2005 ; 7(4) : 1-128.

108. Vuorenkoski L, Mladovsky P, Mossialos E. Finland : Health System Review. Health Systems in Transition. 2008 ; 10(4) : 1-173.

109. Chambaretaud S, Lequet-Slama D. Les systèmes de santé nationaux du nord de l'Europe et l'influence des modèles libéraux durant la crise des années quatre-vingt-dix. RFAS. 2003 ; (4) : 401-22.

110. OCDE. Chapitre 5. Améliorer la qualité et l'efficience du système de santé. Études économiques de l'OCDE. 2005 ; (9) : 125-65.

111. Christiansen T. Organization and financing of the Danish health care system. Health Policy. 2002 ; 59 : 107-18.

112. Chambaretaud S, Lequet-Slama D. Les systèmes de santé danois, suédois et finlandais, décentralisation, réformes et accès aux soins. DREES Études et Résultats. 2003 ; (214) : 1-8.

113. Fujisawa R, Lafortune G. The remuneration of General Practitioners and specialists in 14 OECD countries : what are the factors influencing variations across countries ? OECD Health Working Papers. 2008 ; (41) : 1-63.

114. Hartmann L, Ullmann P, Rochaix L. L'accès aux soins de premiers recours en Europe. RFAS. 2006 ; (2-3) : 121-39.

115. García-Armesto S, Abadía-Taira M.B, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. Spain : Health System Review. Health Systems in Transition. 2010 ; 12(4) : 1-295.

116. Barros P.P, Machado S.R, Simões J de A. Portugal : Health System Review. Health Systems in Transition. 2011 ; 13(4) : 1-156.

117. Holtedahl K. La permanence de soins depuis la mise en place d'un système de listes de patients chez les généralistes norvégiens. In : Les médecins généralistes face à l'organisation de l'offre de soins : Quelles pratiques ? Quelles évolutions ? Rennes - École Nationale de Santé Publique ; 08 juin 2006 p.9-14.

118. Kuszewski K, Gericke C. Health System in Transition : Poland. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005 p. 91.

119. Bellamy V. Fréchou H. Les revenus libéraux des professionnels de santé. DREES Sources et Méthodes. Document de travail. 2010 ; (16) : 1-58.

120. Audric S. L'évolution du revenu libéral des médecins entre 1993 et 2000. DREES Études et Résultats. 2002 ; (200) : 1-12.

121. Attal-Toubert K, Fréchou H, Guillaumat-Tailliet F. Le revenu global d'activités des médecins ayant une activité libérale. In : Les revenus d'activité des indépendants. Paris : INSEE Références ; 2009 p 61-76.

122. IRDES. Les bases Éco-Santé en ligne. Disponible à partir de l'URL : http://www.eco-sante.fr, consulté le 8 janvier 2012.

123. Bournot M.C, Goupil M.C, Tallec A, Truffreau F, Hérault T. Les médecins généralistes face au défi de l'actualisation des connaissances et des pratiques et à la question des modes de rémunération. Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire. 2009 p. 12-7.

124. Dormont B, Samson A.L. Démographie médicale et carrières des médecins généralistes : les inégalités entre générations. Économie et Statistique. 2008 ; (414) : 3-30.

125. Kroneman M.W, Van der Zee J, Groot W. Income development of General Practitioners in eight European countries from 1975 to 2005. BMC Health Service Research. 2009 ; 9(26) : 1-12.

126. OCDE. Base de données StatExtracts. Disponible à partir de l'URL : http://stats.oecd.org, consulté le 02 février 2012.

127. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. 2011 p. 16-18.

128. Moreau A, Dedianne M.C, Letrilliart L, Le Goaziou M.F, Labarère J, Terra J.L. S'approprier la méthode du focus group. La revue du praticien - Médecine générale. 2004 ; 18(645) : 382-4.

129. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. Rev Med Ass Maladie. 2001 ; 32(2) : 117-21.

130. Duchesne S, Haegel F. L'enquête et ses méthodes. L'entretien collectif. Paris : Nathan ; 2004.

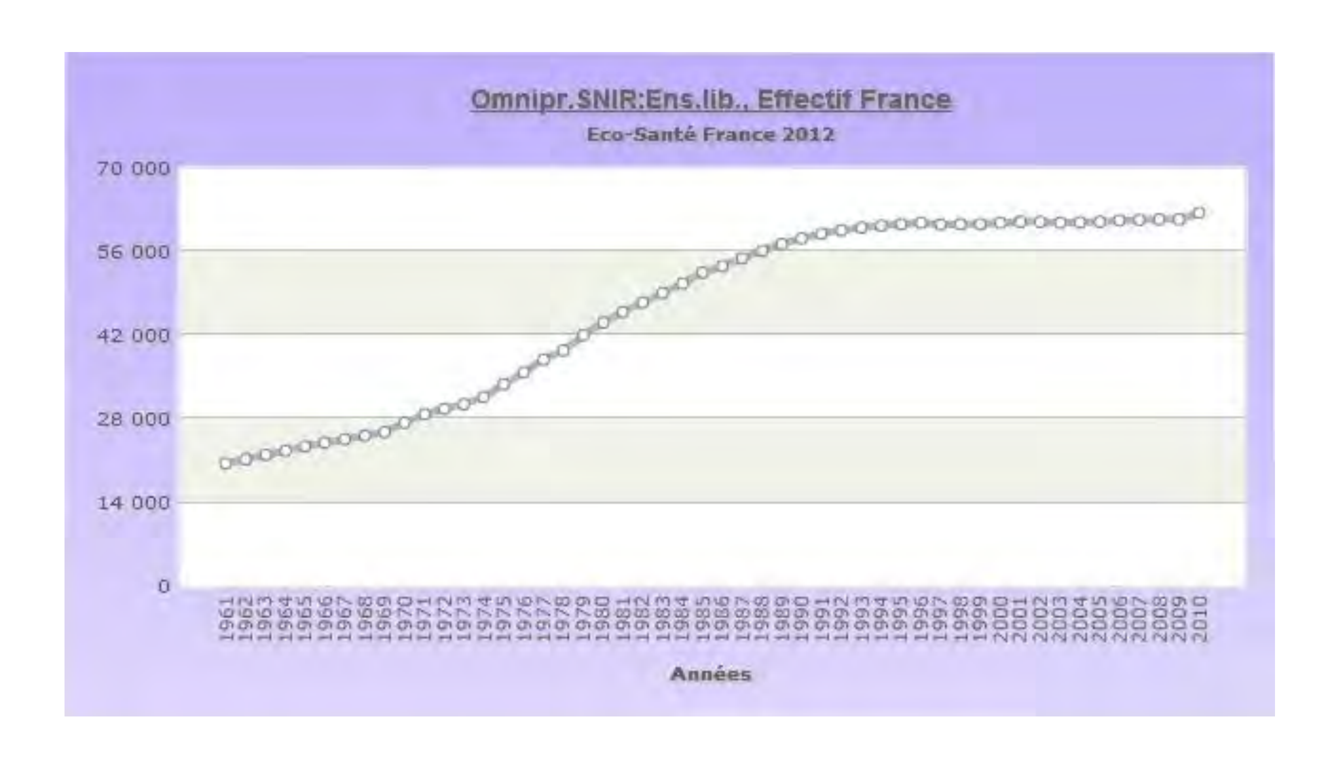
131. Aulagnier M, Obadia Y, Paraponaris A, Saliba-Serre B, Ventelou B, Verger P, Guillaumat-Tailliet F. L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. DREES Études et Résultats. 2007 ; (610) : 1-8.

132. Nifenecker R. La rémunération des médecins généralistes : Une approche des raisons du refus d'adhérer au contrat d'amélioration des pratiques individuelles (C.A.P.I.) par les médecins généralistes bretons deux ans après son apparition. Thèse : Med. : Université de Rennes 1. 2011.

133. Brenon M. Le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles : vers un nouveau mode de rémunération pour les médecins généralistes français ? Enquête qualitative auprès de 31 médecins isérois. Thèse : Med. : Université de Grenoble. 2010.

Annexes

Annexe 1. Évolution de la démographie des médecins généralistes français



Source : Éco-Santé France 2012, d'après les données SNIR de la CNAMTS.

Annexe 2. Formulaire Médecin traitant

cerfa

N°12485*02

DÉCLARATION DE CHOIX DU MÉDECIN TRAITANT

(art. L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale)

IMPORTANT { inscrire les nom, prénom et adresse en majuscules
inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire

l'assuré(e)
nom
(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se)
prénom
n° d'immatriculation

le bénéficiaire
nom
(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se)
prénom
date de naissance
adresse de l'assuré(e)

identification de la structure d'exercice et du médecin traitant

raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement (*)	nom et prénom du médecin traitant
	nom prénom
n° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET)	identifiant

(*) centre de santé, établissement ou service médico-social

déclaration conjointe du bénéficiaire et du médecin traitant

le bénéficiaire et le médecin traitant s'engagent conjointement à respecter les dispositions de l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale

bénéficiaire (et parent ou titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs de +16 ans)	médecin traitant
Je soussigné(e), M., Mme, Mlle déclare choisir le médecin identifié ci-dessus, comme médecin traitant	Je soussigné(e), Docteur déclare être le médecin traitant du bénéficiaire cité ci-dessus
signature(s)	signature

déclaration signée le

Merci d'envoyer la déclaration complétée et signée à votre caisse d'assurance maladie. S 3704a

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

Source : ameli.fr.

Annexe 3. Forfait permanence des soins

Article 1er

Participation de l'assurance maladie au financement de la régulation dans le cadre du dispositif conventionnel transitoire

En application des textes, la régulation doit être opérationnelle pendant les plages horaires prévues pour la permanence des soins quels que soient l'organisation et les modes de coopération retenus, soient :

- le dimanche et les jours fériés,

- les jours fériés, la nuit de 20h à 8h en fonction des besoins,

- le samedi après-midi,

- le lundi de 8h à 20h lorsqu'il précède un jour férié et le vendredi de 8h à 20h lorsqu'il suit un jour férié,

- le samedi matin lorsqu'il suit un jour férié.

L'Assurance maladie participe au financement de la régulation des médecins libéraux suivant les modalités ci-dessous :

- Versement de 3C soit 69 € de l'heure au médecin libéral régulateur pour sa participation à la régulation organisée par le SAMU ;

- Prise en charge de la formation à la régulation des médecins dans le cadre de la formation professionnelle conventionnelle ;

- Prise en charge, si besoin, de la responsabilité civile professionnelle des médecins libéraux régulateurs pour leur activité de régulation.

Article 2

Participation de l'Assurance maladie au financement de l'astreinte dans le cadre du dispositif conventionnel transitoire

Sur un secteur donné, le paiement de l'astreinte s'effectue au profit du praticien libéral conventionné inscrit au tableau de permanence ou du médecin de permanence intervenant dans le cadre d'une association de médecins spécialisées dans l'intervention en dehors des heures ouvrées, sous réserve, d'une transmission au conseil départemental de l'Ordre des médecins, de la liste nominative des médecins participant à cette permanence.

Les médecins de permanence remplissant les engagements ci-dessus peuvent prétendre à une

rémunération :

- de 50€ pour la période de 20h à 0h,

- de 100€ pour la période de 0h à 8h,

- et de 150€ pour les dimanches et jours fériés pour la période de 8h à 20h,

- de 100 € pour les samedis de 12h à 20h,

- de 150€ pour le lundi ouvré de 8h à 20h lorsqu'il précède un jour férié et pour le vendredi de 8h à 20h lorsqu'il suit un jour férié,

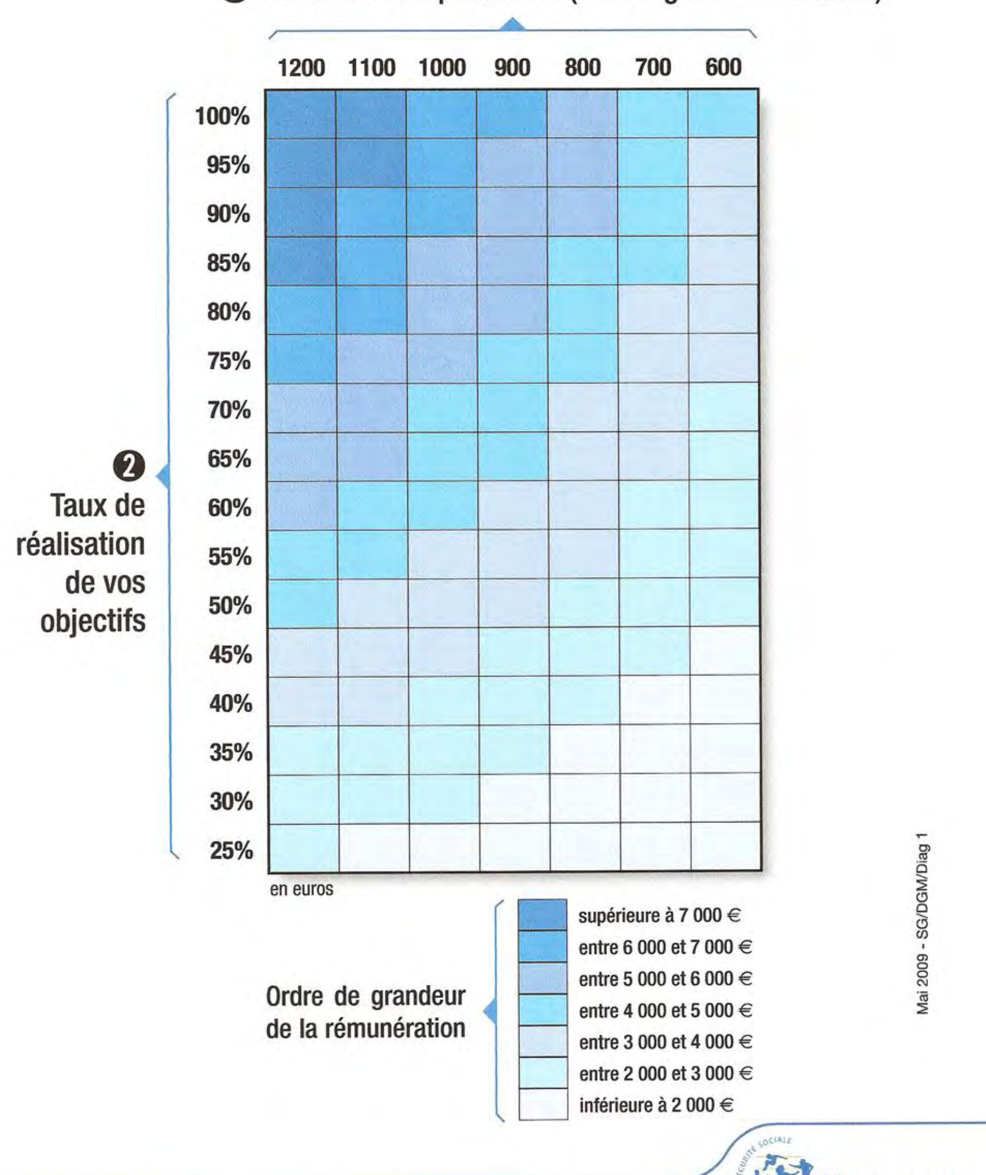
- de 50 € pour le samedi de 8h à 12h, lorsqu'il suit un jour férié.

Cette rémunération est versée dans la limite d'une astreinte par secteur de permanence, ou par ensemble de secteurs mutualisés, et de 150€ par période de 12 heures.

Pour justifier du versement de la rémunération de l'astreinte, le médecin de permanence s'engage à être disponible et joignable par tous moyens afin de prendre en charge le patient dans les meilleurs délais. En particulier, il répond aux sollicitations de la régulation organisée par le SAMU dans le cadre de la permanence des soins.

Source : Annexe X sur la permanence des soins ambulatoires de la convention nationale de juillet 2011.

Annexe 4. Rémunération annuelle par le CAPI



Source : Assurance Maladie.

Annexe 5. Indicateurs de qualité de la pratique de la convention nationale de 2011

Les thèmes du volet « qualité de la pratique médicale »

- **Suivi des pathologies chroniques**
  Cet axe comporte 9 indicateurs, avec notamment un renforcement des indicateurs du suivi des patients diabétiques (résultats des dosages sanguins d'hémoglobine glyquée et du taux de LDL cholestérol) afin de mieux respecter les référentiels sanitaires.

  - *Diabète* (8 indicateurs)

    - 65% des patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 dosages de l'hémoglobine glyquée[3] dans l'année (idem CAPI)
    - 90% des patients diabétiques de type 2 dont le résultat du dosage de l'hémoglobine glyquée < à 8,5%*
    - 80% des patients diabétiques de type 2 dont le résultat du dosage de l'hémoglobine glyquée < à 7,5%*
    - 90% des patients diabétiques de type 2 dont le résultats du dosage de LDL cholestérol est < à 1,5 g*
    - 80% des patients diabétiques de type 2 dont le résultats du dosage de LDL cholestérol est < à 1,3 g*
    - 80% des patients diabétiques ayant eu une consultation d'ophtalmologie ou un examen du fond d'œil dans les deux ans
    - 75% des hommes de plus de 50 ans et femmes de plus de 60 ans traités avec des statines
    - 65% des hommes de plus de 50 ans et femmes de plus de 60 ans traités par antihypertenseurs et statines bénéficiant d'un traitement avec de l'aspirine à faible dosage.

  - *Hypertension artérielle* : 60% des patients hypertendus ayant une pression artérielle inférieure ou égale à 140/190*.

- **Prévention**

Cet axe se décline en 8 indicateurs, 4 nouveaux indicateurs ont été intégrés par rapport au CAPI, témoignant de l'engagement fort des parties conventionnelles sur cet axe.

  - *Vaccination contre la grippe saisonnière* :
    - 75% des patients âgés d'au moins 65 ans vaccinés
    - 75% des patients de 16 à 64 ans en ALD vaccinés[4]

  - *Dépistage du cancer du sein* : 80% des patientes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie dans les deux ans

  - *Dépistage du cancer du col de l'utérus* : 80% des patientes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des trois dernières années

  - *Antibiothérapie* : 37% de prescriptions par antibiothérapie pour les patients de 16 à 65 ans hors ALD
    Cet indicateur, défini à partir des données actuelles de prescription, correspond à une baisse de 10% du recours aux antibiotiques parmi la population adulte sans pathologies lourdes ou chroniques. L'objectif est de diminuer l'utilisation inappropriée des antibiotiques ainsi que les résistances bactériennes.

[3] Dosage permettant de surveiller l'équilibre de la glycémie.
[4] Indicateurs / termes surlignés et en bleu : nouveaux indicateurs / termes par rapport au CAPI

- *Prévention des risques de iatrogénie médicamenteuse* :
  - réduire à 5% la proportion de patients de 65 ans et plus traités par vasodilatateurs (vs 7% dans le CAPI)
  - réduire à 5% la proportion de ceux traités par des benzodiazépines à demi-vie longue (anxiolytiques ou hypnotiques dont l'élimination est plus lente)
  - limiter à 12% la proportion de patients nouvellement traités par benzodiazépines dont le traitement excède 12 semaines : cet indicateur concerne les initiations de traitement. Il doit permettre de limiter la durée des traitements pour ces médicaments, efficaces mais dont l'utilisation ne doit pas être supérieure à 12 semaines.

- **Optimisation des prescriptions / efficience** (7 indicateurs)

  - *Développer le recours à des médicaments disposant d'un générique* :
    - Antidépresseurs (taux de prescription dans le répertoire : 80%)
    - Antibiotiques (90%)
    - IPP (85%)
    - Antihypertenseurs (65%)
    - Statines (70%)

  - *Hiérarchiser les prescriptions selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé* :
    - Privilégier la prescription des inhibiteurs d'enzyme de conversion (IEC) par rapport à celle des sartans dans l'hypertension artérielle[5] (65%)
    - Privilégier l'aspirine à faible dosage pour les patients traités par antiagrégants plaquettaires (85%)

*Ces indicateurs sont déclaratifs : les résultats sont communiqués par le médecin.
Pour plus de détails sur les indicateurs du volet « qualité de la pratique médicale » : cf annexe 1 p 33.

[5] Cf fiche publiée par la Haute Autorité de Santé en octobre 2009 : « Les inhibiteurs du système rénine-angiotensine dans l'HTA essentielle non compliquée, comment choisir entre IEC et sartans ? »

Source : Dossier de presse de la Convention médicale nationale de juillet 2011.

Annexe 6. Indicateurs et points dans la convention nationale de 2011

Thèmes	Indicateurs	Nombre de points
Indicateurs « organisation du cabinet	Tenue du dossier médical informatisé avec saisie de données cliniques permettant le suivi individuel de la patientèle	75
	Utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié	50
	Informatisation permettant de télétransmettre et d'utiliser des téléservices	75
	Volet annuel de synthèse par le médecin traitant du dossier médical informatisé	150
	Affichage dans le cabinet et sur le site ameli des horaires de consultation et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients	50
	TOTAL	400
Indicateurs « suivi des pathologies chroniques »	Nombre de dosage de l'HbA1c	30
	Résultat du dosage de l'HbA1c<8,5%	15
	Résultat du dosage de l'HbA1c<7,5%	25
	Résultat du dosage du LDL<1,5g/L	10
	Résultat du dosage du LDL<1,3g/L	25
	Surveillance ophtalmologique (FO)	35
	Prévention cardiovasculaire des patients à haut risque par une statine	35
	Prévention cardiovasculaire des patients à haut risque par l'aspirine faible dose	35
	Résultat de la mesure de la pression artérielle	40
	TOTAL	250
Indicateurs « prévention et santé	Vaccination antigrippale des 65 ans et plus	20
	Vaccination antigrippale de 16 à 64 ans en ALD	20
	Dépistage du cancer du sein	35
	Vasodilatateurs	35
	Benzodiazépines à demie vie longue	35
	Durée de la prescription des benzodiazépines	35
	Dépistage du cancer du col de l'utérus	35
	Usage pertinent de l'antibiothérapie	35
	TOTAL	250
Indicateur	Prescription dans le répertoire d'antibiotiques	60
	Prescription dans le répertoire d'IPP	60
	Prescription dans le répertoire de statines	60
	Prescriptions dans de répertoire d'antihypertenseurs	55
	Prescription dans le répertoire d'antidépresseurs	55
	Ratio IEC/IEC+Sartans	55
	Nombres de patients MT traités par aspirine à faible dosage rapporté à l'ensemble des patients MT	55
	TOTAL	400
TOTAL		**1300**

Annexe 7. NMR : Mode d'emploi



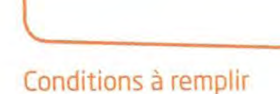
LE POINT SUR

NOUVEAUX MODES DE REMUNERATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE
→ Les expérimentations

Mode d'emploi

Vous travaillez dans un cadre pluri-professionnel (maison, centre, pôle ou réseau de santé) et êtes intéressés par ces nouveaux modes de rémunération ?

Contactez votre ARS qui vous proposera une convention d'expérimentation.



Conditions à remplir

Les sites candidats doivent présenter les caractéristiques suivantes :

- exercice pluri-professionnel de premier recours : au minimum deux médecins généralistes et un professionnel paramédical (infirmier, masseur-kinésithérapeute) ;
- projet de santé formalisé décrivant les objectifs et les modalités d'organisation de la structure :
  - prenant en compte les besoins de santé du territoire et proposant une offre cohérente avec le volet ambulatoire du SROS ;
  - témoignant d'un exercice coordonné
    - en interne (réunions pluri-professionnelles régulières, mise en place de protocoles de prise en charge, etc.) ;
    - en externe, avec les autres acteurs de santé du territoire (autres maisons de santé, hôpital, SSIAD, etc.) ;
  - témoignant d'une prise en charge globale du patient allant de la prévention (campagnes de dépistage, etc.) au suivi (par exemple dans le cas des maladies chroniques) ;
  - assurant la continuité des soins (horaires d'ouverture élargis, possibilité de consultations non programmées) ;
  - mettant en place un dispositif de partage d'informations sécurisé entre les professionnels de la stucture ;
- implication dans la formation des futurs professionnels de santé (accueil et encadrement des internes, des étudiants en 2ᵉ cycle d'études médicales, etc.).

La structure doit être le lieu d'exercice principal des professionnels et être aisément identifiable par la population.

À quoi vous engagez-vous ?

- Vous acceptez de respecter les engagements requis selon le module choisi.
- Vous acceptez en particulier de fournir des données décrivant votre site et son environnement, ainsi que des données de résultats destinées à mesurer l'impact des nouveaux modes de rémunération et l'apport de l'exercice regroupé pluri-professionnel en termes d'efficacité, de coût et d'efficience. L'objectif est de permettre l'évaluation de l'expérimentation, indispensable pour une éventuelle généralisation.

Quelles sont vos garanties ?

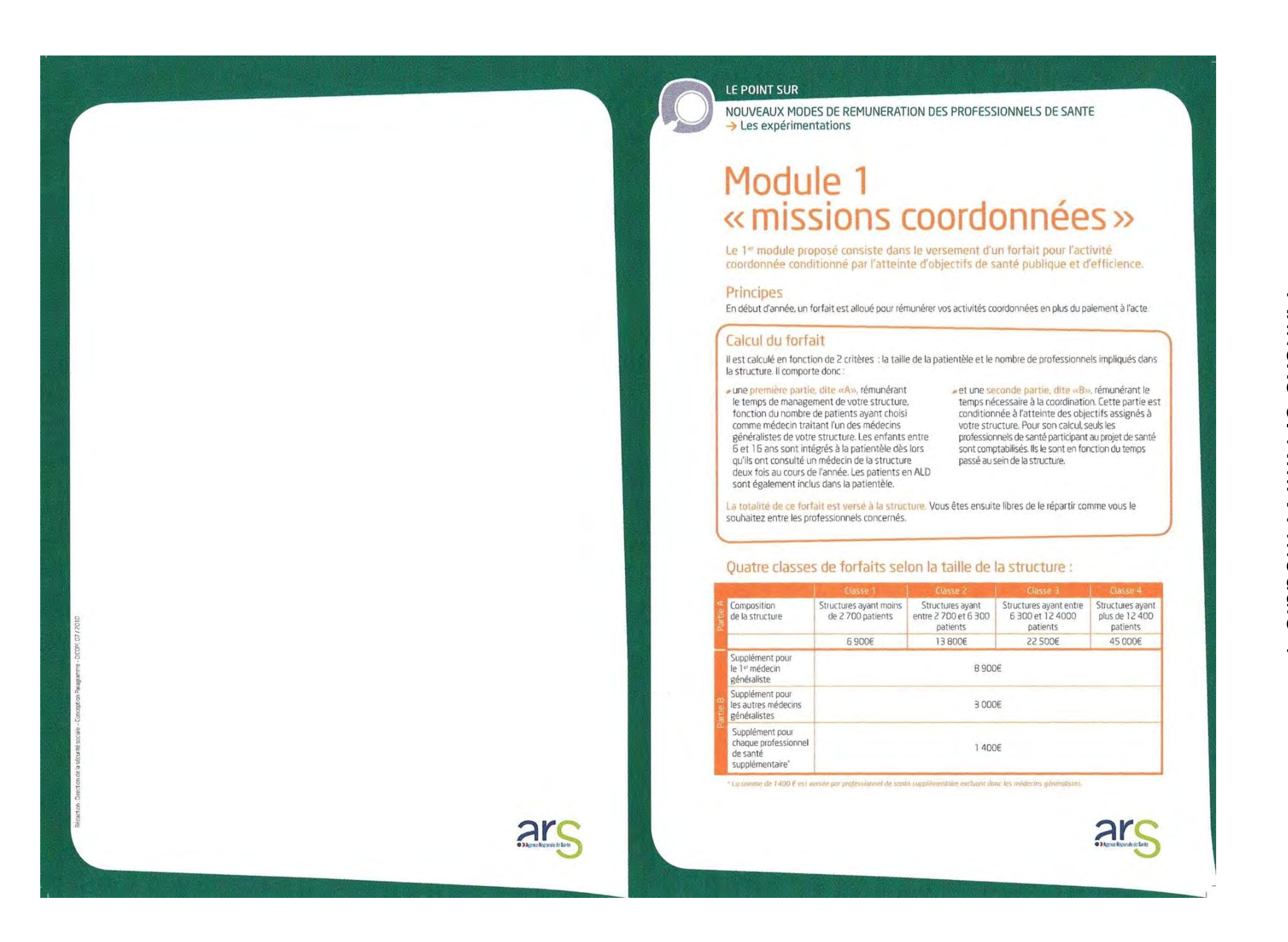
- Cette expérience s'inscrit dans un contrat. Vous ne prenez que les engagements auxquels vous pensez pouvoir souscrire en toute liberté.
- L'expérience s'effectue tout au long de la période dans un climat de dialogue avec l'ARS.
- Vous recevez régulièrement les informations relatives à l'évaluation de l'expérience, ce qui vous permettra d'en apprécier les conditions de réalisation.
- En fin d'année, l'ARS vous invite à un échange sur les résultats, les conditions et difficultés de l'expérimentation.
- Vous pouvez à tout moment mettre fin à l'expérience. L'ARS vous accompagnera pour gérer la sortie de l'expérimentation pour rentabiliser les investissements que vous aurez réalisés, le cas échéant.

Rédaction : Direction de la sécurité sociale - Conception Paragramme - DICOM 07/2010



Source : ARS.

Annexe 8. NMR : module 1



LE POINT SUR

NOUVEAUX MODES DE REMUNERATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE
→ Les expérimentations

Module 1 « missions coordonnées »

Le 1er module proposé consiste dans le versement d'un forfait pour l'activité coordonnée conditionné par l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficience.

Principes

En début d'année, un forfait est alloué pour rémunérer vos activités coordonnées en plus du paiement à l'acte.

Calcul du forfait

Il est calculé en fonction de 2 critères : la taille de la patientèle et le nombre de professionnels impliqués dans la structure. Il comporte donc :

- une première partie, dite «A», rémunérant le temps de management de votre structure, fonction du nombre de patients ayant choisi comme médecin traitant l'un des médecins généralistes de votre structure. Les enfants entre 6 et 16 ans sont intégrés à la patientèle dès lors qu'ils ont consulté un médecin de la structure deux fois au cours de l'année. Les patients en ALD sont également inclus dans la patientèle.
- et une seconde partie, dite «B», rémunérant le temps nécessaire à la coordination. Cette partie est conditionnée à l'atteinte des objectifs assignés à votre structure. Pour son calcul, seuls les professionnels de santé participant au projet de santé sont comptabilisés. Ils le sont en fonction du temps passé au sein de la structure.

La totalité de ce forfait est versé à la structure. Vous êtes ensuite libres de le répartir comme vous le souhaitez entre les professionnels concernés.

Quatre classes de forfaits selon la taille de la structure :

		Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4
Partie A	Composition de la structure	Structures ayant moins de 2 700 patients	Structures ayant entre 2 700 et 6 300 patients	Structures ayant entre 6 300 et 12 4000 patients	Structures ayant plus de 12 400 patients
Partie A		6 900€	13 800€	22 500€	45 000€
Partie B	Supplément pour le 1er médecin généraliste	8 900€			
Partie B	Supplément pour les autres médecins généralistes	3 000€			
Partie B	Supplément pour chaque professionnel de santé supplémentaire*	1 400€			

* La somme de 1400 € est versée par professionnel de santé supplémentaire excluant donc les médecins généralistes.

ars Agence Régionale de Santé

Rédaction : Direction de la sécurité sociale - Conception Paragramme - DICOM 07/2010

ars Agence Régionale de Santé

LE POINT SUR

Exemple de calcul du forfait :

Une maison de santé pluri-professionnelle dont le nombre de patients ayant choisi leur médecin traitant au sein de la structure est inférieur à 2 700 et qui comporte 2 médecins généralistes à temps plein, 2 infirmiers dont un à temps plein et un autre travaillant 7 demi-journées sur 11, et un psychologue, percevra :
- *Partie A = 6 900 €*
- *Partie B = 8 900 + 3 000 + 1 400x2,64 = 15 596 €*

→ Soit au total 22 496 € pour le module 1.

Modulation du forfait

La 1[re] année, le montant versé aux sites est égal au montant maximal théorique pour vous permettre de mettre en place l'expérimentation dans de bonnes conditions. Le versement du forfait sera par la suite conditionné à l'atteinte d'objectifs auxquels vous souscrivez par convention avec l'ARS (cf liste des objectifs et indicateurs ci-dessous).
Cette modulation sera au maximum de 20%.

Les objectifs visent à évaluer l'apport de votre exercice coordonné à la qualité des soins et à l'efficience des pratiques. Ils sont donc calculés sur les résultats agrégés de tous les professionnels de votre structure et non professionnel par professionnel. Ces objectifs, au nombre de 16, s'articulent autour de 3 axes :
- la qualité des soins ;
- le travail coordonné pluri-professionnel ;
- l'efficience définie comme le bon rapport entre la dépense engagée et la pertinence médicale de l'intervention.

À ces objectifs, sont associés des indicateurs qui permettront d'apprécier leur niveau de réalisation. Ces indicateurs sont au nombre de 24. Il vous est possible de choisir certains indicateurs en fonction de vos activités et priorités d'action :
- au minimum 4 indicateurs parmi les 12 indicateurs de qualité des pratiques ;
- 4 indicateurs parmi les 7 indicateurs de coordination des soins.

Les objectifs d'efficience sont obligatoires car ils conditionnent l'équilibre économique du modèle. Ils vous permettent de participer à l'effort de chacun en faveur du meilleur soin au juste coût.

Compléments possibles

- La précarité de votre patientèle pourra être prise en compte le cas échéant dans le calcul du forfait, afin de valoriser les efforts particuliers (temps passé, démarches administratives etc.) nécessaires à la prise en charge de ces patients.
- Si vous désirez mener des actions spécifiques de prévention ou d'éducation à la santé en population générale, par exemple dans les écoles ou en groupe, votre agence régionale de santé, ARS, après examen de votre dossier et de sa cohérence avec les priorités du projet régional de santé, pourra vous accorder un forfait local. En ce cas, vous devrez renseigner des indicateurs de suivi particuliers.

A QUOI VOUS ENGAGEZ-VOUS ?

- Vous vous engagez sur des objectifs de qualité des pratiques, de coordination et de continuité des soins et d'efficience qui conditionnent la poursuite de votre rémunération expérimentale.
- Vous acceptez que le montant du forfait soit conditionné par le niveau global de réalisation des objectifs. Toutefois, comme indiqué précédemment, la totalité du montant du forfait est garantie la première année. Les données collectées au cours de cette première année serviront à constituer l'étalon pour les évaluations futures.
- Vous vous engagez à fournir des données décrivant votre site et son environnement, ainsi que des données de résultats destinées à mesurer l'impact des nouveaux modes de rémunération et l'apport de l'exercice regroupé pluridisciplinaire en termes d'efficacité, de coût et d'efficience. L'objectif est de permettre l'évaluation de l'expérimentation.

Cette évaluation sera menée par PROSPERE* en lien avec votre ARS. Elle portera sur l'ensemble des sites. Elle est indispensable pour que les pouvoirs publics décident ensuite de généraliser ou non le mode de rémunération expérimenté.

**L'équipe PROSPERE regroupe l'IRDES (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé), la société française de médecine générale et le CERMES (Centre de recherche médecine, science, santé et société).*

Liste des objectifs et des indicateurs :

Objectifs de qualité des pratiques	Indicateurs
Dépistage des cancers	Taux de couverture du dépistage organisé du cancer du colon chez les patients de 50 à 74 ans
	Taux de couverture du dépistage du cancer du sein chez les patientes de 50 à 74 ans
Prévention contre la grippe saisonnière	Taux de couverture vaccinale contre la grippe saisonnière chez les patients de 65 ans ou plus
	Taux de patients, hors primo prescription, vaccinés contre la grippe saisonnière par une IDE
Lutte contre l'hypertension	Taux de patients ayant une HTA essentielle isolée non compliquée équilibrée (au moins sur trois contrôles annuels)
Prise en charge des diabétiques	Taux de patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 dosages HBA1C dans l'année
Prévention de l'obésité	Taux de couverture du dépistage de l'obésité au niveau du site
Prévention du risque cardiovasculaire	Taux de patients masculins > 45 ans présentant un « sur risque cardiovasculaire » bénéficiant une fois par an d'une mesure de prévention intégrée dans le dossier médical
Dépistage Alzheimer	Taux de patients se plaignant de troubles mnésiques et bénéficiant de tests mémoires dans le cadre du dépistage de la maladie d'Alzheimer
Accompagnement Alzheimer	Taux de patients atteints d'une maladie d'Alzheimer pour lesquels a été proposé un soutien aux aidants
Prescription par les paramédicaux	Taux de délivrance de dispositifs médicaux prescrits par des IDE
Lombalgies chroniques	Taux de patients lombalgiques ou lombo-sciatalgiques, en arrêt de travail >3mois, dont les dossiers ont été discutés en réunion pluri professionnelle
Objectifs de coordination et de continuité des soins	**Indicateurs**
Continuité des soins	Chaque consultation ou série d'acte paramédical réalisé ou sein du site est tracé dans le dossier médical commun tenu par chaque médecin traitant
	Continuité des soins en dehors des heures de fonctionnement du site
	Continuité des soins aux heures de fonctionnement du site
	Coordination des soins avec une structure extérieure (HAD, SSIAD, etc.)
Partage d'information	Les professionnels de santé ont accès à un espace de travail informatique commun
	Des réunions de concertation/suivi ont lieu selon un rythme programmé avec les professionnels de santé du site
Organisation des pratiques	Existence de protocoles sur support papier ou électronique
Objectifs d'efficience	**Indicateurs**
Bon usage des médicaments génériques	Taux de prescription des antibiotiques dans le répertoire
	Taux de prescription des antihypertenseurs dans le répertoire
	Taux de prescription des statines dans le répertoire
Diminution du recours à l'hospitalisation	En attente
Bon usage des transports sanitaires	Taux d'utilisation de véhicules sanitaires légers (vsl)

Source : ARS.

Annexe 9. NMR : module 2

Module 2 « éducation thérapeutique du patient »

Le 2e module « éducation thérapeutique du patient » consiste à expérimenter la possibilité d'un paiement forfaitaire pour rémunérer l'activité d'éducation thérapeutique en médecine de ville.

En l'absence de financements adaptés pérennes, l'offre d'éducation thérapeutique en médecine de ville n'a émergé que de manière parcellaire et de façon beaucoup plus récente qu'à l'hôpital.

Les programmes visent à aider les patients ou leur entourage à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer leur maladie, de façon plus autonome, en cherchant à prévenir les complications et à maintenir la meilleure qualité de vie possible.

L'article 84 de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) organise le développement des programmes dans une logique de qualité et de proximité. A terme, ces programmes devront se conformer au cahier des charges national défini par arrêté du ministre chargé de la santé, être autorisés par les ARS et évalués par la Haute Autorité de santé.

Dans cette perspective, et en lien avec la mise en œuvre de ces dispositions, le module 2 expérimente un paiement forfaitaire des programmes structurés en médecine de ville.

Principes

L'équipe d'intervention doit obligatoirement comprendre au minimum deux professionnels de santé de professions différentes. Si l'un de ces deux professionnels n'est pas un médecin, le programme doit être coordonné par un médecin. Le programme doit être accessible à toute personne le nécessitant dans le cadre des objectifs du programme et de son périmètre géographique. Pour favoriser leur accessibilité, les projets proposés devront s'inscrire dans une offre de proximité (au plus près du lieu de vie des personnes).

À l'issue de la première année de fonctionnement, la file active du programme devra comprendre au minimum 50 patients. La file active du programme devra ensuite augmenter chaque année d'au moins 10 % pendant la durée de l'expérimentation.

Enfin, conformément aux principes votés dans le cadre de l'article 84 de la loi HPST, aucun contact direct entre le malade et son entourage et une entreprise se livrant à l'exploitation d'un médicament ou une personne responsable de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro ne sera autorisé.

Pathologies prioritaires et population cible

Les programmes devront prioritairement, mais non exclusivement, porter sur les pathologies suivantes : diabète de type 1 et 2, asthme et BPCO, insuffisance cardiaque et/ou HTA. Les programmes peuvent s'adresser aux enfants et/ou aux adultes selon les pathologies.

Par ailleurs, il vous est demandé d'inclure prioritairement les patients n'ayant jamais bénéficié de séances d'éducation thérapeutique ainsi que ceux étant dans les périodes charnières d'évolution de la maladie où le bénéfice de l'éducation thérapeutique est le plus important. Le cas échéant, leurs proches (parents, conjoints, etc.) peuvent être inclus.

Afin de vous aider à mettre en œuvre ce module, le ministère de la santé et des sports diffusera, à titre d'exemple, les programmes d'éducation thérapeutique mis en œuvre par les sites au fur et à mesure de leur disponibilité.



Rédaction : Direction de la sécurité sociale - Conception Paragramme - DICOM 07/2010

Déroulement du programme

Le programme d'éducation thérapeutique proposé devra être composé de quatre phases successives :

- orientation vers le programme d'éducation thérapeutique : l'inclusion du patient dans le programme doit être prise à l'initiative ou avec l'accord du médecin traitant du patient, ce dernier étant tenu informé des principales étapes du déroulement du programme ;
- diagnostic éducatif : il doit permettre d'identifier les besoins du patient et de prendre en compte ses attentes. Il est réalisé par un ou plusieurs professionnels de santé formés à l'éducation thérapeutique dans le cadre d'un entretien individuel avec le patient ;
- séances d'éducation thérapeutique : elles sont réalisées en groupe de 8 à 10 adultes (6 à 8 enfants) et animées par un ou plusieurs professionnels. Le nombre de séances collectives varie en fonction de la pathologie, du stade de sévérité et des besoins du patient ;
- évaluation individuelle finale du bénéfice du programme pour le patient : elle est réalisée par le(s) professionnel(s) de santé ayant effectué le diagnostic initial au cours d'une séance individuelle.

Rémunération

Trois types de forfaits sont envisagés.

Le forfait par programme et par patient est alloué à la structure qui détermine librement les modalités de sa répartition entre professionnels. Ce forfait se substitue au paiement à l'acte. Un cofinancement par les organismes complémentaires est possible. Le montant du forfait est fonction du nombre de séances d'ETP proposées au patient.

- 250 € pour le diagnostic éducatif et 3 ou 4 séances (ateliers collectifs ou séances individuelles) ;
- 300 € lorsque le nombre de séances est porté à 5 ou 6.

Ce forfait couvre :

- le diagnostic éducatif initial ;
- la rémunération des professionnels pour les séances individuelles et collectives, y compris le temps de coordination et la transmission des informations aux principales étapes de la démarche ;
- l'évaluation individuelle finale du bénéfice de l'éducation thérapeutique pour le patient et la synthèse écrite ;
- les frais de fonctionnement : location de la salle, frais d'entretien des locaux, logistique, matériel, document ;
- les supports.

Une indemnisation de 100 € est prévue en cas d'abandon du programme par le patient après le diagnostic éducatif initial et la 1re séance.

Exemple de calcul :

Si la structure propose deux programmes :

- un programme diabète comprenant 4 séances d'ETP et suivi par 10 patients (sans abandon du programme par les patients avant le diagnostic initial et la 1ère séance)

- un programme asthme comprenant 5 séances d'ETP et suivi par 8 patients (sans abandon du programme par les patients avant le diagnostic initial et la 1ère séance)

La structure recevra les montants suivants :

250€ x 10 patients = 2500€ pour le programme diabète et 300€ x 8 patients = 2400€ pour le programme asthme soit au total 4900€ pour les deux programmes.

En sus de ce forfait, une somme de 1000 € peut vous être allouée pour l'élaboration et la structuration initiales du programme d'ETP. Ce forfait est alloué une seule fois en début de programme.

Enfin, un forfait de formation de 1000 € par professionnel est versé sur justificatif de dépenses dans la limite de deux formations par an et par type de programme. Ce forfait contribue à couvrir une partie des frais de formation et d'indemnisation pour perte de ressources sous réserve que la formation ne soit pas, par ailleurs, financée par le dispositif de développement professionnel continu.

Le forfait est garanti jusqu'en 2012. Il remplace la plupart des financements qui visaient jusqu'alors à rémunérer l'activité d'éducation thérapeutique (FIQCS*, FNPEIS*, etc). La convention avec l'ARS sera, si c'est nécessaire, accompagnée des avenants aux conventions qui vous accordaient ces financements.

** FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins*

** FNPEIS : Fonds national de prévention et d'éducation en information sanitaire*

À QUOI VOUS ENGAGEZ-VOUS ?

Vous acceptez de renseigner un certain nombre d'indicateurs de suivi d'activité et de résultat, notamment :

- évolution annuelle de la file active de patients ;
- accessibilité géographique (nombre de sites, territoire géographique couvert), accessibilité horaire (plages horaires proposées pour les séances) ;
- contenu du programme : nombre de séances individuelles /nombre de séances collectives ;
- pourcentage de patients terminant le programme (c'est-à-dire ayant réalisé l'ensemble des séances prévues lors du diagnostic éducatif et une évaluation individuelle des compétences acquises) ;
- pourcentage de patients dont les objectifs d'acquisition des connaissances fixés lors du diagnostic éducatif ont été jugés atteints lors de l'évaluation individuelle ;
- pourcentage de satisfaction des bénéficiaires en termes de modalités de l'enseignement et d'acquisition des connaissances.

Vous acceptez de fournir des données descriptives caractérisant vos sites et leur environnement, ainsi que des données de résultats destinées à mesurer l'impact des nouveaux modes de rémunération et l'apport de l'exercice regroupé pluri-professionnel en termes d'efficacité, de coût et d'efficience.

L'objectif est de permettre l'évaluation de l'expérimentation. Cette évaluation sera menée par PROSPERE* en accord avec votre ARS. Elle portera sur l'ensemble des sites. Elle est indispensable pour que les pouvoirs publics décident ensuite de généraliser ou non le mode de rémunération expérimenté.

** L'équipe PROSPERE regroupe l'IRDES (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé), la société française de médecine générale et le CERMES (Centre de recherche médecine, science, santé et société).*

Source : ARS.

Annexe 10. Plaquette de rémunération des médecins du régime minier



Les éléments de la rémunération

SALAIRE DE BASE GARANTI | ELÉMENTS FORFAITAIRES | COMPLÉMENTS VARIABLES | EN SUS

Salaire de base garanti : article 19 CCN :

85 % du salaire du médecin
Conditions : 5500 équivalents C.

Le nombre d'équivalents C est déterminé en fonction du chiffre d'affaire de l'exercice 2008, divisé par le prix d'une consultation (hors IK et CMD).

Barème des rémunérations - au 1er juillet 2010

Echelles	Salaires Bruts Annuels
Echelle 3	63657,27 €
Echelle 4	69940,37 €
Echelle 5	76109,47 €
Echelle 6	81839,70 €
Echelle 7	87605,85 €
Echelle 8	93245,50 €

Au salaire de base garanti, s'ajoutent les frais professionnels

Pendant un an, le médecin embauché perçoit 50% du montant maximum soit 69,31 € bruts par mois. Après un an d'ancienneté et une fois l'activité connue, il percevra 138,62 € bruts par mois.

Au salaire de base garanti, s'ajoute également l'indemnité de logement

Uniquement pour les médecins vivant dans un périmètre de 10 km autour du lieu de travail. Cette indemnité d'un montant de 2642,32 € brut annuelle est versée mensuellement soit 220,19 € bruts par mois.

En fonction des kilomètres parcourus dans le cadre des visites à domicile, il est également possible de percevoir un forfait kilométrique.

Eléments forfaitaires : articles 20 CCN

Activités non productives d'actes (16 jours) :

- Actions de santé publique (8 jours)
- Formation médicale continue (8 jours)

Valorisation sous la forme d'1/216ème du salaire brut de l'échelle du médecin.

Compléments variables : articles 21 et 22 CCN

- **Pour les actes réels effectués au-delà de 5500, majorité de 40% de la valeur des actes côtés.**
- **Pour les patients coordonnés reversement de 40% du forfait** perçu par le centre de santé (2 x 23€ * 0.40).
- **Pour les actes effectués dans le cadre de l'inter remplacement** , rémunération forfaitisée par tranches d'activité: de 66 à 198€ brut)

En sus : articles 21 et 22 CCN

- **Les gardes et astreintes : article 23 CCN:** Forfait de droit commun et reversement de 60% de la valeur des actes côtés., constituant une rémunération en brut.



Source : CARMI Est

Annexe 11. Le dilemme du prisonnier

Le dilemme du prisonnier est un exemple célèbre de la théorie des jeux qui caractérise les situations où deux joueurs auraient intérêt à coopérer, mais où les incitations à trahir l'autre sont si fortes que la coopération n'est jamais sélectionnée par un joueur rationnel (en tout cas si le jeu n'est joué qu'une fois).

La première expérience du dilemme du prisonnier a été réalisée en 1950 par Melvin Drescher et Merill Flood, qui travaillaient alors au sein de la RAND Corporation, une institution californienne qui a pour but d'améliorer la politique et le processus décisionnel par la recherche et l'analyse. Albert W. Tucker la formula ensuite comme suit :

Deux suspects sont arrêtés par la police. Mais les agents n'ayant pas assez de preuves pour les inculper, ils les interrogent séparément en leur faisant à chacun la même offre : « *Si tu dénonces ton complice et que lui ne te dénonce pas, tu seras remis en liberté et lui écopera de 10 ans de prison. Si vous vous dénoncez tous les deux, vous écoperez tous deux de 5 ans de prison. Si personne ne dénonce l'autre, vous aurez tous deux 6 mois de prison ».*

Chacun réfléchit de son côté en considérant les réactions possibles de son complice :

Dans le cas où il me dénoncerait

Si je me tais, je ferai 10 ans de prison

Mais si je le dénonce, je ne ferai que 5 ans.

Dans le cas où il ne me dénoncerait pas

Si je me tais, j'écoperai de 6 mois de prison

Mais si je le dénonce, je serai libre

Quel que soit le choix de mon complice, j'ai donc intérêt à le dénoncer.

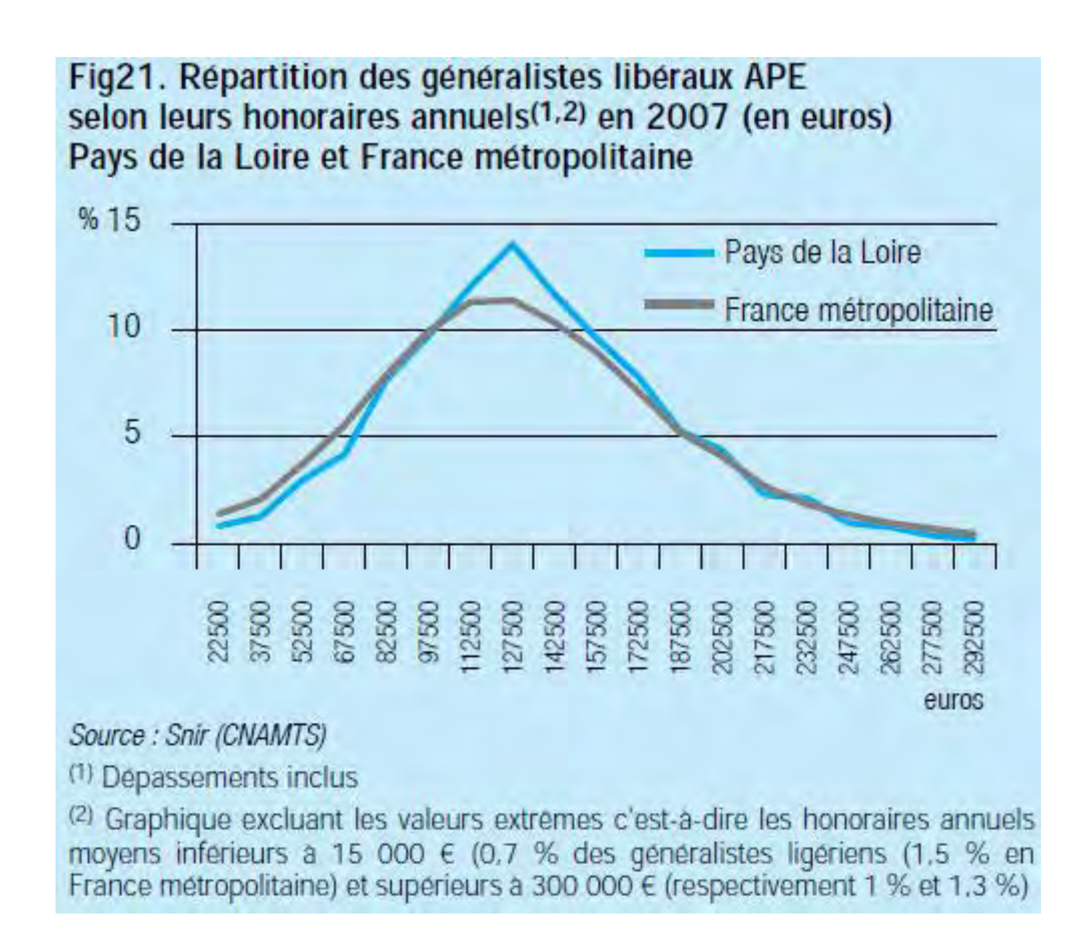
Si chacun des complices fait ce raisonnement, les deux vont probablement dénoncer l'autre, ce choix étant le plus rationnel. Ils écoperont alors de 5 ans de prison. Mais s'ils étaient restés tous les deux silencieux, ils n'auraient fait que 6 mois de prison chacun.

Ainsi, lorsque chacun poursuit son intérêt individuel, le résultat obtenu n'est pas optimal.

Du fait de la grande généralité de la situation décrite, le dilemme du prisonnier a été appliqué, sous une forme ou une autre, dans un grand nombre de domaines, tels que l'économie, la politique internationale, la biologie ou la psychologie.

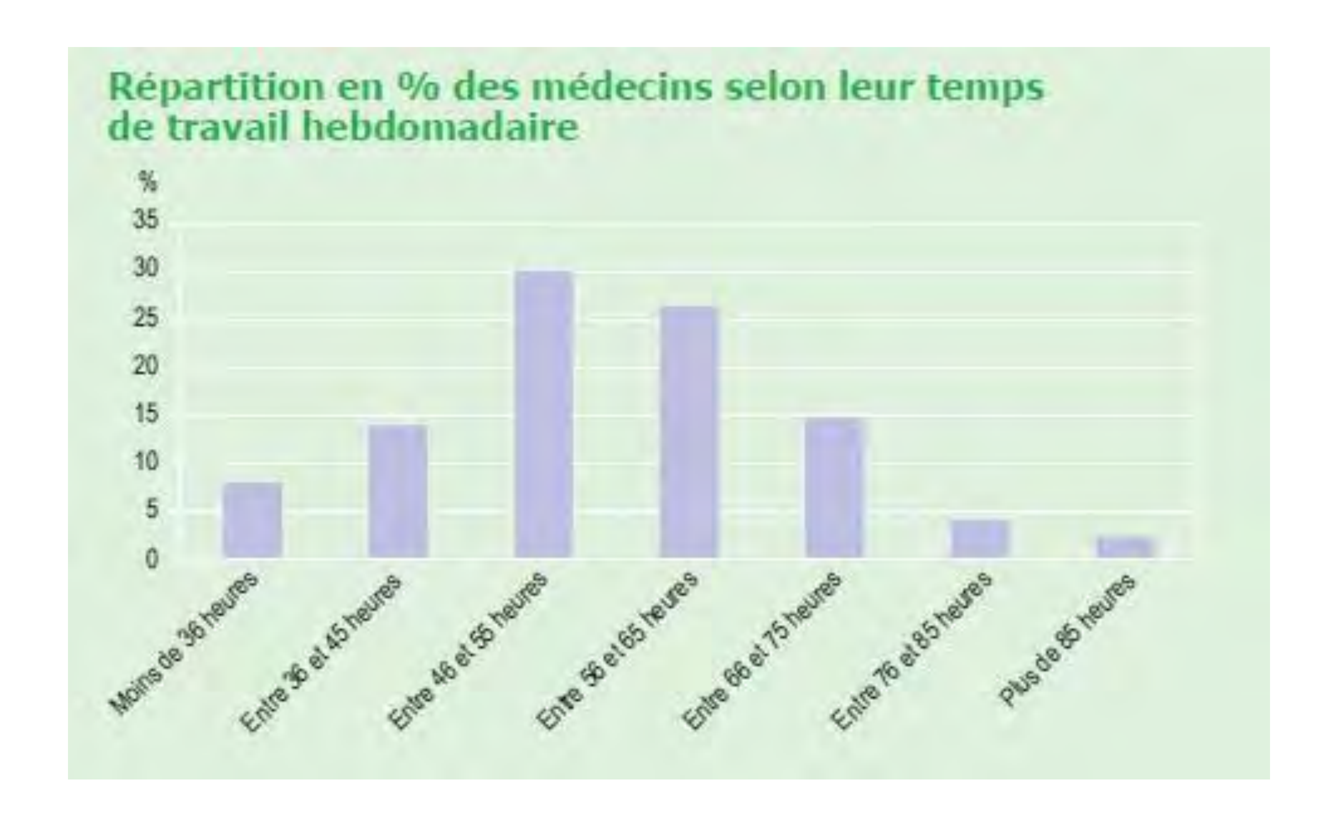
Source : wikipedia.fr.

Annexe 12. Répartition des honoraires des généralistes APE en 2007



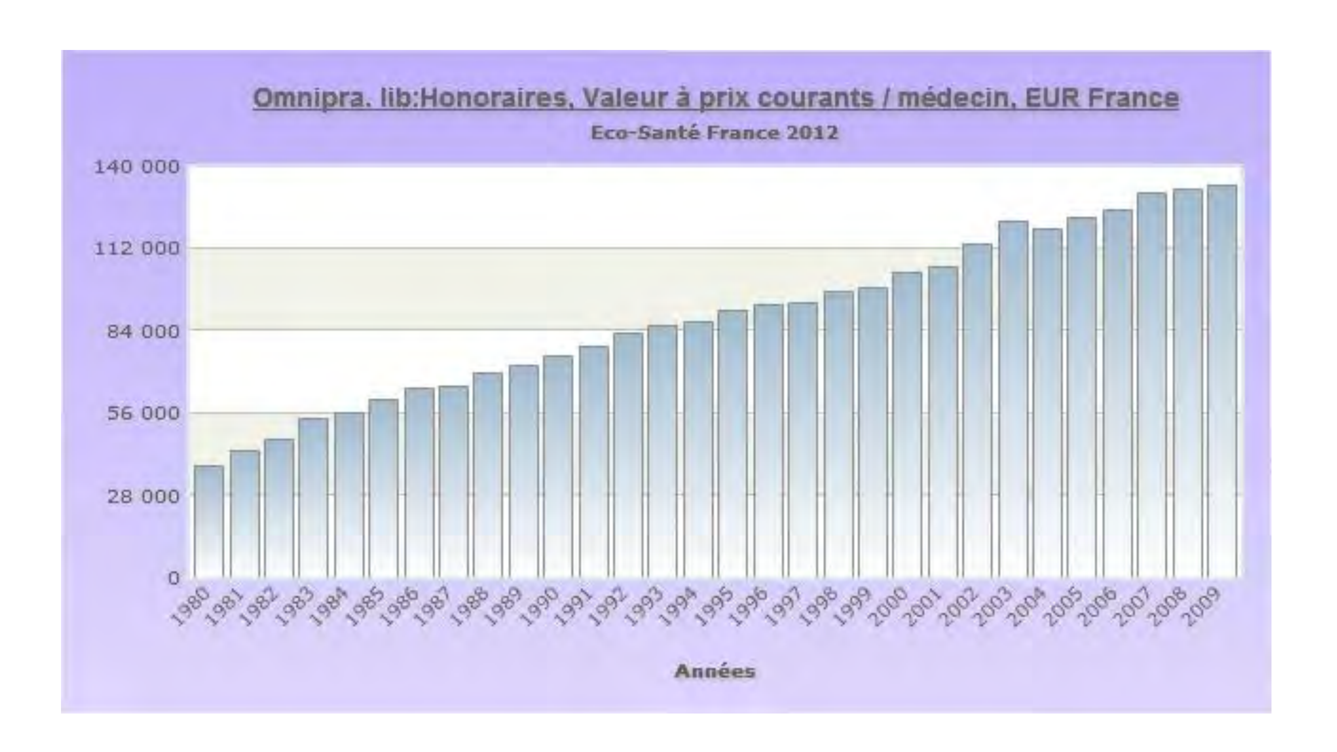
Source : ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire, d'après les données SNIR de la CNAMTS.

Annexe 13. Dispersion du temps de travail des médecins généralistes



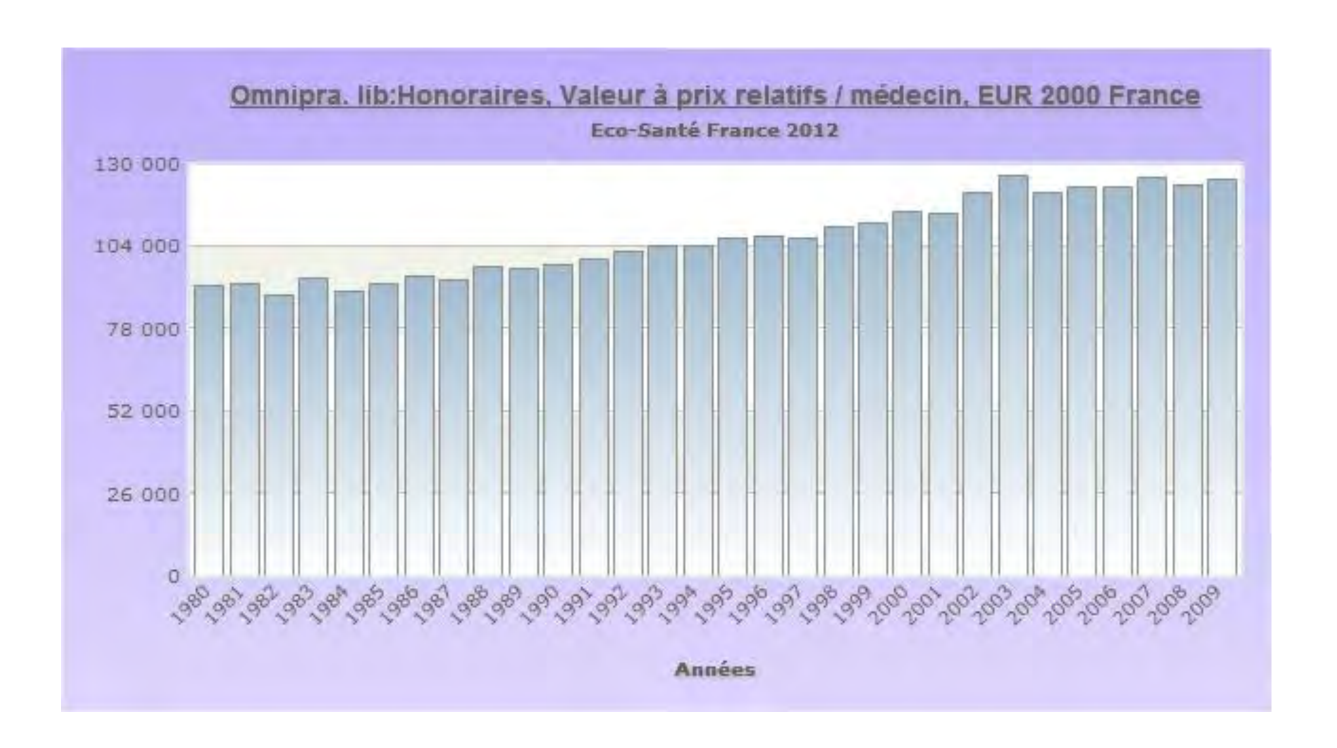
Sources : DREES, URPS, ORS, Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville (janvier-mars 2011).

Annexe 14. Évolution des honoraires des omnipraticiens français en euros courants



Source : Éco-Santé France 2012, d'après les données SNIR de la CNAMTS.

Annexe 15. Évolution des honoraires des omnipraticiens français en euros constants



Source : Éco-Santé France 2012, d'après les données SNIR de la CNAMTS.

Annexe 16. Questionnaire pour l'étude auprès des patients

La rémunération des médecins

Données administratives

1. Age

2. Sexe
- O masculin O féminin

3. Niveau d'étude
- O pas de diplôme O brevet des collèges
- O apprentissage O BEP/CAP
- O baccalauréat O Bac+3/4
- O Bac+5 et plus

4. Où habitez-vous ?
- O à la ville O à la campagne

Le niveau de revenu des médecins généralistes

5. A combien estimez-vous le revenu mensuel moyen d'un médecin généraliste français (en euros)?

6. Que pensez-vous des revenus des médecins généralistes ?
- O ils sont trop payés
- O ils sont normalement payés
- O ils ne sont pas assez payés
- O ne sait pas

7. Avez-vous une idée du nombre d'heures de travail par semaine d'un généraliste français en moyenne (en heures) ?

8. A combien estimeriez-vous le salaire mensuel d'un médecin généraliste travaillant 35 heures par semaine(en euros) ?

9. Que pensez-vous du coût de la consultation de médecine générale ?
- O pas assez chère O normale O trop chère
- O ne sait pas

Le mode de rémunération des médecins généralistes

10. Pensez-vous que le paiement à l'acte soit un bon mode de rémunération des médecins généralistes ?
- O oui, tout à fait O oui, plutôt O non, plutôt pas
- O non, pas du tout O ne sait pas

11. Pensez-vous que le paiement à la capitation soit un bon mode de rémunération des médecins ?
- O oui, tout à fait O oui, plutôt O non, plutôt pas
- O non, pas du tout O ne sait pas

La capitation est un mode de paiement dans lequel le médecin reçoit une somme fixe par patient inscrit dans son cabinet pour l'année, le patient pouvant alors le consulter autant de fois qu'il le désire sans le rémunérer à chaque consultation

12. Pensez-vous que le salariat soit un bon mode de rémunération des médecins ?
- O oui, tout à fait O oui, plutôt O non, plutôt pas
- O non, pas du tout O ne sait pas

13. Pensez-vous que le paiement à la performance soit un bon mode de rémunération complémentaire des médecins ?
- O oui, tout à fait O oui, plutôt O non, plutôt pas
- O non, pas du tout O ne sait pas

Le paiement à la performance est un mode de rémunération dans lequel le médecin est payé en fonction des résultats qu'il obtient pour la santé de ses patients

14. Quel système vous paraît le plus judicieux ?
- O à l'acte
- O capitation
- O salariat
- O performance
- O mélange de plusieurs modes

15. Pensez-vous avoir votre mot à dire sur le sujet ?
- O oui O non O ne sait pas

16. Lequel

La question n'est pertinente que si Patients ont-ils un mot à dire = "oui"

Annexe 17. Introduction au questionnaire patient

Bonjour, je m'appelle Nicolas Messein et je suis actuellement en troisième cycle de médecine générale. Je réalise dans le cadre de ma thèse une enquête auprès des patients, qui a pour thème « Les revenus et modes de rémunération du médecin généraliste », et dont le but est de connaître votre avis sur le sujet.

J'aurai environ une quinzaine de questions à vous poser, le tout devrait être réalisé en quelques minutes. Je vous remercie de prendre un peu de votre temps afin de participer à cette étude.

Le questionnaire est totalement anonyme, vous pouvez ainsi y répondre en toute sincérité et en sécurité.

Acceptez-vous de participer à l'enquête ?

(Si oui) :

Avez-vous déjà bénéficié d'une consultation avec un médecin généraliste ?

Annexe 18. Guide d'entretien des focus groups

Quelles sont les satisfactions et insatisfactions que vous éprouvez personnellement avec le système actuel de paiement ?

- Concernant le niveau de rémunération
- Concernant les modes de rémunération

Que représentent les forfaits pour vous ? Et la capitation ?

Que représente le paiement à la performance ? Avez-vous signé un CAPI ?

Que pensez-vous des différents objectifs de paiement à la performance mentionnés dans la nouvelle convention ?

Quel type de rémunération vous semblerait optimal ?

(Connaissez-vous les modes de rémunération dans les pays voisins ?)

Seriez-vous prêt à changer de mode de rémunération, et pourquoi ?

Que pensez-vous du montant de votre rémunération rapporté à votre temps de travail ?

À combien estimeriez-vous votre revenu pour 35 heures hebdomadaires de travail ?

Annexe 19. Version finale du guide d'entretien des focus groups

- Quelles sont les satisfactions que vous éprouvez personnellement avec le paiement à l'acte ?
- Et les insatisfactions ?

- Que-pensez-vous de votre niveau de revenus dans ce système ?

  (Si non évoqué : que pensez-vous de la valeur de C ? Et de la différence avec les spécialistes ?)

- Que représentent les forfaits pour vous ? Et la capitation ?

  Que représente le paiement à la performance ? Avez-vous signé un CAPI ?

  Que pensez-vous des différents objectifs de paiement à la performance mentionnés dans la nouvelle convention ?

- Quel type de rémunération vous semblerait optimal ? Acte - Salaire - Forfait - Capitation - Performance - Mixte ? Pourquoi ?

  (Si non évoqué : Connaissez-vous les modes de rémunération dans les pays voisins ?)

- Seriez-vous prêt à changer de mode de rémunération, et pourquoi ?

- Que pensez-vous du montant de votre rémunération rapporté à votre temps de travail ?

- À combien estimeriez-vous votre revenu pour 35 heures hebdomadaires de travail en tant que salarié d'un centre de santé ?

Annexe 20. Lettre de rappel aux participants des focus groups

Nicolas MESSEIN

3, rue des Plantes, 57000 Metz

06 87 11 20 24

cohu54@free.fr

Metz, le ../../2012

Cher confrère (Chère consœur),

Vous avez accepté de participer dans le cadre d'une thèse de médecine générale à une étude qualitative concernant les différents modes de rémunération des médecins généralistes. Celle-ci se déroule par la technique des focus groups, et je tiens à vous remercier par avance pour votre participation.

Notre réunion aura lieu le ../../2012 à 20h30 à ...

Comptant sur votre présence, veuillez agréer, cher confrère (chère consœur), l'expression de mes salutations respectueuses.

Nicolas MESSEIN

Annexe 21. Questionnaire quantitatif des focus groups

Recueil de données administratives

Focus group du .. /.. / 2012

Âge :

Sexe :

Année d'installation/de début d'activité (pour remplaçants) :

Lieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain) :

Mode d'exercice particulier ? (homéopathie, acupuncture…) :

Conventionnement ? (secteur 1 ; 2 ; non conventionné) :

Activité salariée ? (maisons de retraite…) :

Numéro d'anonymat autour de la table du focus group :

Annexe 22. Introduction type aux focus groups

Bonjour, je m'appelle Nicolas Messein et je suis actuellement en troisième cycle de médecine générale. Nous sommes réunis ce soir dans le cadre de mon travail de thèse qui a pour thème « Les modes et niveaux de rémunération du médecin généraliste ».

Je voudrais tout d'abord vous remercier d'avoir pris un peu de votre temps afin de participer à cette enquête. Il s'agit d'une étude qualitative, qui est réalisée grâce à des focus groups.

Le but est de recueillir vos avis et sentiments concernant les différents types et niveaux de rémunération des médecins généralistes. Vos opinions seront respectées quelles qu'elles soient, l'important pour nous étant d'avoir un éventail d'idées : il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse, et tout ce que vous pourrez dire est intéressant pour nous. Nous pourrons ainsi recueillir une représentation la plus large possible de vos différents avis et réactions.

La séance sera animée par ma conjointe Aurélie Pisiu, et durera environ 1h30. Je tiendrai personnellement le rôle d'observateur.

Pour les besoins de l'enquête et afin de retranscrire de manière la plus fidèle vos propos, cette réunion sera enregistrée. Soyez assurés de la totale confidentialité et de l'anonymat des propos que vous pourrez tenir. J'aimerais avoir votre accord pour la retranscription de ce qui se dira ce soir, ainsi que pour l'exploitation des données. Je vous remercie par avance de bien vouloir parler distinctement et chacun à votre tour pour permettre un enregistrement de qualité optimale.

Annexe 23. Conventions de retranscription de Michael Billig

= est indiqué à la fin de la prise de parole d'un des participants et au début de celle d'un autre pour indiquer que le second reprend la parole sans laisser d'interruption, voire l'interrompt, et que le premier lui laisse la place.

[ ] est utilisé pour montrer que deux personnes parlent en même temps.

(.) est utilisé pour marquer une pause courte.

… signale une omission ou quelque chose d'inaudible.

{ } pour toutes formes de précision, souvent relatives au ton ou à des gestes.

On <u>souligne</u> les mots pour marquer une insistance et on met en MAJUSCULES les moments où les voix se font particulièrement fortes.

Pour la retranscription de nos focus groups, nous avons ajouté d'autres normes : A représente l'Animatrice, O l'observateur, et M représente un médecin.

Table des matières détaillée

Contenu de l’Annexe CD.

Retranscriptions des entretiens :

fourni avec la thèse.

Annexe : Entretien n°1 du 24 mai 2012

Normes de retranscription :

= est indiqué à la fin de la prise de parole d'un des participants et au début de celle d'un autre pour indiquer que le second reprend la parole sans laisser d'interruption, voire l'interrompt, et que le premier lui laisse la place.

[ ] est utilisé pour montrer que deux personnes parlent en même temps.

(.) est utilisé pour marquer une pause courte.

… signale une omission ou quelque chose d'inaudible.

{ } pour toutes formes de précision, souvent relatives au ton ou à des gestes.

On souligne les mots pour marquer une insistance et on met en MAJUSCULES les moments où les voix se font particulièrement fortes.

M représente un médecin, A l'animatrice et O l'observateur.

Verbatim :

A : Alors, quelles sont les satisfactions que vous éprouvez personnellement avec le paiement à l'acte ?

{silence}

{rires}

A : Satisfactions ou insatisfactions. Enfin, qu'est ce qui vous plaît ou pas dans le, le, le, le mode de paiement actuel (.) en France ?

M : Euh {soupir}. Ben le paiement à l'acte (.) Euh, je sais pas euh. Ben {soupire} déjà la satisfaction d'être payée un peu plus qu'en tant que, euh que salariée. Ben justement, je compare par rapport à la PMI, moi je gagne (.) Tu gagnes rien du tout. Donc cette satisfaction là. Des fois (.) j'ai peut-être l'impression de demander peut-être un peu trop par rapport à ce qu'on fait. Des fois. J'ai l'impression, voilà. {inspire fortement} Euh, mais bon euh, c'est quand même en rapport avec euh, ben la qualité des prestations qu'on peut, qu'on peut donner quoi.

A : D’accord.

M : Euh (.) Bon les insatisfactions euh {soupire} y en a pas vraiment.

A : D’accord. Donc vous ça vous convient comme système =

M : = Oui moi ça me convient comme système. Bon des fois effectivement euh, des fois c’est (.) Je trouve que c’est pas tout à fait (.) justifié. Bon je, mes confrères pensent je pense différemment mais des fois par rapport à ce qu’on peut faire, des fois c’est peut-être cher payé. Bon c’est vrai qu’on a fait des ét… beaucoup d’études mais euh {inspire profondément} mais (.) pour certaines. Je dirai pour certaines tranches de population, des fois c’est peut-être un peu euh (.)

A : D’accord. Et qu’est ce que vous pensez de votre niveau de revenus alors, dans ce système. Est-ce que c’est trop justement, est-ce que c’est pas assez, est-ce que c’est normal ?

M : Ben, par rapport à mes études, je trouve que c’est quand même justifié quoi. Hein on a quand même passé 10 ans de notre vie à (.) à ça. Donc non, je pense que c’est justifié. Par rapport au nombre d’heures aussi qu’on effectue et euh, et voilà quoi.

A : Okay. Et point de vue de la valeur euh, de la consultation, de la lettre C, est-ce que ça vous paraît aussi correct ou =

M : = Ouais, moi ça me paraît correct, je trouve. Enfin {soupire} (.) Moi ça me paraît correct quand même (.)

A : D’accord. Et de la différence avec les spécialistes ?

M : Ben la différence {soupire}, sur le principe même de la consult y a pas une énorme différence, c’est par les dépassements d’honoraires je pense qu’ils font la différence (.) Là je pense qu’ils exagèrent un petit peu ouais. Mais euh (.) sinon au niveau de la différence y a pas énorme hein je crois. C’est 25 euros je crois. Après c’est aussi les actes techniques quoi qui, qui coûtent cher, qui cotent plus mais euh ouais, je pense qu’ils font plus la différence avec les dépassements d’honoraires, et pas nous quoi. Enfin, un petit peu, mais pas beaucoup.

A : D’accord. Euh, qu’est-ce que représente la capitation pour vous ? Est-ce que vous connaissez le = ?

M : = La quoi ?

A : Capitation.

M : Le CAPI ? Non ?

A : Non, non. En fait c’est le système qu’y a en Angleterre par exemple donc euh [M : Ah non, je connais pas] c’est selon le nombre de patients que vous avez dans votre liste de patients -par exemple vous avez 1 000 patients-, ils disent « on donne 100 € par patient (.) pour l’année ». Donc vous avez 100 000 € pour l’année, et après les gens viennent euh autant qu’ils veulent finalement euh, chez vous, sans payer à chaque fois.

M : {sceptique} Ah ouais ? Ouais non moi je suis pas. Non, je suis pas forcément d'accord.

A : D'accord. Pourquoi ?

M : Ben je (.) Tu dois, tu dois gagner moins quoi, forcément.

A : Après ça dépend de la somme =

M : = Ca dépend de la somme qui t'est attitrée (.) Ouais. Moi je pense ça peut aussi peut-être un petit peu donner, enfin peut-être donner lieu à des consultations abusives et euh, des choses comme ça je pense euh (.)

A : D'accord. Et les forfaits qu'il y a en France par exemple euh (.) Le forfait ALD ou les forfaits pour les tests Hémoccult, les choses comme ça [M : Oui ?], est-ce que ça, ça vous paraît euh, quelque chose d'intéressant ou (.)

M : Ben on, on (.) C'est quand même pas négligeable quoi. 40 € par patient je veux dire euh, c'est quand même (.) Ouais, moi je crache pas dessus hein, je pense que c'est pas négligeable je trouve, ouais, ouais. Après, moi je suis pas très porté sur ça aussi hein, j'ai pas fait ça pour ça donc euh c'est vrai que {rires} je pense que t'as eu des réponses complètement différentes mais euh =

A : = Oui, après chacun son avis hein =

M : = Chacun voit (.) voit à sa façon, tout à fait oui. Mais bon je trouve que c'est pas mal hein, 40 € par an par patient en ALD hein. Bon euh, effectivement c'est des consultations qui prennent plus de temps, des choses comme ça mais euh (.) Moi je trouve que c'est quand même pas, pas mal quoi.

A : Et le paiement à la performance, qu'est-ce que ça vous évoque ?

M : Moi j'ai pas signé ça.

A : Pour la nouvelle convention euh =

M : = Non, j'ai pas signé la convention, je me suis pas (.) Non.

A : Vous avez envoyé le (.) une lettre pour dire euh.

M : Ouais, Je voulais pas, pas participer. De toute façon t'as des taux qui sont, qui sont quasiment euh, irréalisables. De toute façon. Et c'est pas forcément adapté à ta, ta patientèle. Donc euh voilà. Pis après j'avais peur de pas pouvoir en sortir on va dire, de ce truc-là. À la limite y rentrer on peut toujours, mais en sortir (.) Et pis je voulais pas que mes patients aussi se disent : « Ben elle fait ça parce qu'elle doit atteindre ses objectifs », par exemple la prescription de génériques, des choses comme ça euh, je suis pas forcément d'accord. Et je voulais pas que (.) on croit que (.) j'adhère à ça pour gagner encore de l'argent, sur le dos des patients quoi.

A : Donc vous n'aviez pas signé de CAPI non plus ?

M : Non, le CAPI je l'avais pas signé, et ça j'ai envoyé une lettre comme quoi je voulais pas adhérer.

A : D'accord, mais vous aviez regardé un peu les différents objectifs de, qu'il y avait dans le =

M : = Euh, je crois qu'il y avait le (.) Tu veux dire les thèmes ou =

A : = Oui.

M : Ouais y avait le cancer du sein, la vaccination antigrippale, la prescription de génériques (.)

A : Et ça, ça vous paraissait des thèmes à peu près (.) cohérents ou =

M : = Ben, moi y a des trucs où j'aurais pas pu atteindre les objectifs quoi hein. C'était -j'en étais loin déjà- et euh (.) Je réfléchis aux autres items, y avait la télétrans aussi [A : Oui], ça ça allait quoi. Mais les items médicaux, vraiment c'était un peu compliqué à (.) Et pis forcément ça (.) Enfin, des fois ça va pas forcément dans ta pratique de tous les jours et (.) Par exemple moi la prescription de génériques je l'aurais jamais eu ce truc-là. Parce que je, voilà, y a pas mal de fois où j'en prescris pas donc euh (.)

A : D'accord. Donc entre les différents types de rémunération -paiement à l'acte, salariat, forfaits, capitation, paiement à la performance ou euh, type mixte- euh lequel vous semblerait le plus euh mieux en fait, pour rémunérer les médecins ?

M : Le paiement à l'acte. Oui, oui oui. Ben oui je vois par rapport à la PMI où tu fournis un (.) Bon moi j'y vais que 2 fois par mois mais (.) Tu fournis un boulot, quand t'es impliquée vraiment là-dedans, tu fournis un boulot quand même assez euh, assez important quand même et euh (.) Quand tu gagnes euh, tu gagnes rien du tout, c'est vraiment pas euh (.) Moi je vois quand je vois les, je fais les consultations de nourrisson, où t'en vois euh, t'en vois 11, ou 15 euh, tu gagnes 80 € la matinée, je dis euh (.) Voilà, c'est ça, je gagne ça. Donc euh, tu te dis à l'acte, là ça serait avantageux quoi. Mais euh, oui le paiement à l'acte hein, c'est clair.

A : Okay. Est-ce que vous connaissez les différents modes de rémunération dans les pays voisins ?

M : Pas du tout. Non. Ça ne m'intéresse pas.

A : D'accord. Est-ce que vous seriez prête à changer de mode de rémunération, et pourquoi ?

M : Contre quoi ?

A : Ben contre euh, contre soit la capitation ou salariat ou mode mixte.

M : Ben, non. Je pense pas. Je pense qu'on y perdrait quand même.

A : Et qu'est ce que vous pensez de votre rémunération rapportée au <u>temps de travail</u> ?

M : Moi je me plains pas. Franchement euh, parce que je, j'ai, je travaille quand même à temps partiel. Et euh, bon c'est pas vraiment ma rémunération, je m'en plains pas. Ca serait plutôt tout ce, tout ce qu'on est ponctionné à côté quoi. Mais euh, ma rémunération pure, je ne m'en plains pas forcément quoi. Moi je suis assez satisfaite euh, voilà euh. Bon

effectivement, on pourrait peut-être gagner plus par rapport au travail fourni, aux études fournies mais euh, mais bon. Moi euh, je suis (.) Voilà, je suis, ça va quoi. C'est plus ce qu'on me prend à côté qui (.) C'est les charges et les impôts, ça effectivement ça craint ouais. Effectivement. Alors après il faut voir si tu parles en brut ou en net euh =

A : = Ouais, plutôt net mais =

M : = C'est vrai qu'en net, en net non forcément, mais c'est plus par rapport à l'état, enfin ce qu'il ponctionne, que par rapport à ta rémunération (.) telle quelle quoi. C'est plutôt par rapport à ça, les ponctions qu'on te fait à côté. Ou alors il faudrait que j'augmente mon chiffre d'affaires, mais si c'est pour me retrouver dans une tranche euh d'impôts supérieure, et juste à la base, je vais me faire euh (.) Donc pour l'instant ça me convient comme ça et puis, avec la vie de famille, et puis après on verra, j'augmenterai certainement mon temps de travail mais pour l'instant euh, non.

A : À combien estimeriez-vous votre revenu pour 35 heures, en fait, par semaine, en tant que salariée d'un centre de santé par exemple. Voilà c'est la dernière question qui est un peu plus quantitative mais euh =

M : = Par semaine ?

A : Oui, non par mois, mais euh, en faisant 35 heures par semaine.

M : En salariat ?

A : Ouais.

M : C'est difficile parce que (.) Enfin (.) Et en centre de santé c'est-à-dire tu fais la même chose, mais en centre.

A : Oui voilà, c'est ça.

M : {soupire} {tout bas} Ben 35 heures, tu peux pas non plus euh (.)

A : À peu près, en gros hein.

M : Je sais pas, allez 3 000 €. Ouais, à peu près quoi ouais.

A : Okay okay. Très bien, merci.

FIN DE L'ENREGISTREMENT.

Annexe : Entretien n°2 du 23 juin 2012

Normes de retranscription :

= est indiqué à la fin de la prise de parole d'un des participants et au début de celle d'un autre pour indiquer que le second reprend la parole sans laisser d'interruption, voire l'interrompt, et que le premier lui laisse la place.

[ ] est utilisé pour montrer que deux personnes parlent en même temps.

(.) est utilisé pour marquer une pause courte.

… signale une omission ou quelque chose d'inaudible.

{ } pour toutes formes de précision, souvent relatives au ton ou à des gestes.

On souligne les mots pour marquer une insistance et on met en MAJUSCULES les moments où les voix se font particulièrement fortes.

M représente un médecin, A l'animatrice et O l'observateur.

Verbatim :

A : Quelles sont les satisfactions que tu éprouves personnellement avec le paiement à l'acte ?

M : Avec le paiement à l'acte ?

A : Oui.

M : Les satisfactions ?

A : Oui oui.

M : Euh (.) Ben justement c'est de pouvoir faire autant d'actes que tu veux, et de pouvoir t'arrêter si tu en as assez (.) de l'argent. De pouvoir en gros choisir, euh choisir combien tu veux gagner.

A : Ouais, d'accord. Donc pouvoir moduler un peu ton, ton revenu quoi.

M : Oui c'est ça.

A : OK. Et quoi d'autre ?

M : Ben euh (.) Non je vois pas, je vois pas autre chose, désolé.

A : C'est pas grave. Et les insatisfactions alors ?

M : Les satisfactions ?

A : Non les insatisfactions, qu'est ce qui te déplaît dans ce système-là ?

M : Ben la, la (.) Comment on pourrait dire ça ? Le fait que (.) {parle plus lentement tout en réfléchissant} quel que soit l'acte que tu fais, quelle que soit la durée, c'est toujours la même euh, la même, la même somme que tu, que tu récoltes quoi.

{silence}

A : Ok ouais d'accord. Et qu'est ce que tu penses de ton niveau de revenus dans ce système ?

M : Euh (.) Largement insuffisant par rapport à ce que (.) surtout par rapport au, à ce qu'on donne aux impôts quoi, et l'URSSAF [A : D'accord ouais]. Quand on sait qu'il faut (.) Tu comptes la moitié quoi. Je trouve ça énorme, je pensais pas que ça représenterait autant avant de commencer mon activité de, ben de remplaçant.

A : Et par rapport à la différence avec les spécialistes, qu'est ce que tu en penses ?

M : Euh (.) pas assez de dépassements d'honoraires pratiqués =

A : = Pour les médecins généralistes tu veux dire ?

M : Pour les médecins généralistes ouais (.) Et puis je pense, enfin je ne sais pas trop, mais je pense qu'ils gagnent beaucoup, par rapport à nous en fait. Alors que nos activités sont pas si différentes que ça quoi, on soigne tous, je veux dire on soigne tous des gens.

A : Oui. Et qu'est-ce que tu penses des forfaits ?

M : Les forfaits ? De faire quoi, de faire les consultations à 26 € pour les enfants, les trucs comme ça ?

A : Oui en fait non. T'as des forfaits, bon en tant que médecin remplaçant on a pas trop nous tout ça, mais y a des forfaits pour ceux qui sont installés. Par exemple le forfait ALD pour tous les patients qui t'ont déclaré en médecin traitant, y a un forfait de 40 € par an en fait [M : Ouais], pour le fait de remplir le, le, le protocole de soins et le suivi de ton patient, tout ça [M : Ouais ?]. Donc y a ces forfaits-là. Si y a le forfait de permanence de soins : la somme qui t'est attribuée pour ta garde =

M : = Ah oui, oui oui celui-là je le connais, avec toutes les gardes que je fais {sourire}. Oui moi je trouve ça bien, ça motive pour faire la garde hein. Surtout que le plus souvent en semaine tu es pas beaucoup appelé, c'est souvent de l'argent gagné à rien faire. Et ça, j'aime {sourire} beaucoup {rires}.

A : D'accord.

M : Et la question c'est : « Est-ce que tu penses que c'est suffisant quoi ? »

A : Par exemple oui.

M : Ben écoute en tant que médecin remplaçant, le forfait je pense, je trouve que c'est relativement suffisant (.) mais par contre euh en ce qui concerne, ben en tant que, en tant que médecin rempla… ben médecin remplaçant j'ai pas de patientèle à moi donc c'est une question qui est pas, qui se pose pas pour le moment [A : Oui]. À hauteur de 40 € par patient ALD euh, dans les -je sais pas comment dire-, il peut y avoir des vices. Je sais pas [A : C'est-à-dire] parce que, parce que tu peux déclarer des patients en ALD, toujours trouver le moyen de les foutre en ALD, pour avoir tes 40 €. Bon c'est sûr que t'as du boulot pour faire ça mais c'est (.) mais (.) Je pense 40 €, c'est (.) pas assez rémunéré pour le temps pris justement.

A : D'accord. Et par rapport euh, à la capitation, est-ce que tu connais ce que c'est ?

M : La capitation ? [A : Oui] Ben c'est le paiement, t'as une patientèle, et t'es payé en fonction de la, de la taille de la patientèle non ? [A : Oui c'est ça] Quel que soit, quel que soit le nombre d'actes que tu fais ? [A : C'est ça]. Non je préfère largem…, je préfère largement le paiement à l'acte moi, par rapport à ce que je t'ai dit avant (.) de pouvoir gérer tes revenus et tout.

A : Ok. Par rapport au paiement à la performance, qu'est ce que tu pourrais me dire ?

M : Le paiement à la performance. Le nouveau truc là ?

A : Oui, en place depuis janvier.

M : Ben c'est, c'est comme les forfaits, finalement ça ne nous concerne pas. Donc ça c'est pour les installés, moi pour l'instant je m'en moque. {réfléchit} À moins que certains qu'on remplace nous filent des primes à la fin de l'année si on a bien travaillé non ? Faut qu'on voit ça {rires}.

A : Faut négocier ça oui {rires}. Mais par rapport aux objectifs, tu les as regardés quand même un peu (.) ou pas.

M : Plutôt ou pas non {rires}. Non je les regarderais si un jour je m'installe, pour l'instant ça, ça me passe un peu {passe sa main au-dessus de sa tête}.

A : OK. Est-ce que tu connais les autres modes de rémunération dans les pays voisins ?

M : Non (.) Non.

A : Non ? Parce que ça t'intéresse pas plus que ça ?

M : Si, ça pourrait m'intéresser [A : Ouais] mais euh, mais les autres modes non justement (.) On en entend pas beaucoup parlé finalement.

A : Non c'est vrai.

M : Non je les connais pas, je les connais pas.

A : D’accord. Et est-ce que tu serais prêt à changer de mode de rémunération ? Et pourquoi ?

M : {réfléchit} Alors oui dans un sens, mais il faudrait que par rapport, par rapport à nos hospitaliers, tu sois payé à la même hauteur que le travail fourni, c’est-à-dire que (.) Attends je m’explique : un hospitalier doit faire son quota d’heures, comme un salarié [A : Oui] donc nous au même niveau, au même taux horaire je dirais qu’un hospitalier, on va être quand même plus pénalisé que (.) plus pénalisé au niveau des impôts. Donc ce qu’il faudrait c’est réaugmenter euh le -attends c’était quoi la question initiale ?-

A : Euh, est-ce que tu serais prêt à changer de mode de rémunération ?

M : Ouais, changer le mode de rémunération. Ouais, ce qu’il faudrait, c’est que euh, les consultations soient revalorisées pour euh, pour euh (.) Enfin, au moins que ce soit en fait euh, à égalité, si on devait passer par exemple à euh, comment dire, à un mode d’exercice sur le salariat, que ce soit au moins autant re…, au moins autant valorisé que, que quelqu’un (.) et moins taxé que ce que ça ne l’est actuellement, et que ce soit au moins à niveau égal par rapport à un mec qui serait euh, hospitalier quoi.

A : OK. Sinon qu’est ce que tu penses du montant de la rémunération rapportée au temps de travail ?

M : C’est ce que je te disais par rapport au temps passé, c’est parfois variable. Justement il faudrait, il faudrait euh (.) Il faudrait presque une flexibilité de ce chiffre de 23 par rapport au temps passé auprès de certains patients.

A : D’accord. Et à combien est-ce que tu estimerais ton revenu, en tant que travailleur salarié d’un centre de santé, pour 35 heures par semaine ?

M : Il faut que je donne un chiffre euh, pour 35 heures-sem… pour 35 heures par semaine ?

A : Oui.

M : Avec le niveau d’études qu’on a ?

A : Oui.

M : {réfléchit} Par mois pas moins de 4 000 €.

FIN DE L’ENREGISTREMENT.

Annexe : Entretien n°3 du 04 juillet 2012

Normes de retranscription :

= est indiqué à la fin de la prise de parole d'un des participants et au début de celle d'un autre pour indiquer que le second reprend la parole sans laisser d'interruption, voire l'interrompt, et que le premier lui laisse la place.

[ ] est utilisé pour montrer que deux personnes parlent en même temps.

(.) est utilisé pour marquer une pause courte.

… signale une omission ou quelque chose d'inaudible.

{ } pour toutes formes de précision, souvent relatives au ton ou à des gestes.

On souligne les mots pour marquer une insistance et on met en MAJUSCULES les moments où les voix se font particulièrement fortes.

M représente un médecin, A l'animatrice et O l'observateur.

Verbatim :

A : Quelles sont les satisfactions que vous éprouvez personnellement avec le paiement à l'acte ?

M : Le paiement à l'acte ? Ben disons que, c'est la méthode, la méthode de référence. En France hein, en France je précise. D'autres pays ont choisi d'autres modes, nous en France c'est depuis toujours, et ça restera à mon avis, euh, le paiement à l'acte (.) Parce que =

A : = Mais en quoi ce mode vous apporte des satisfactions ? (.) À vous, personnellement ?

M : Ben déjà de, de pouvoir gagner (.) correctement ma vie. Je suis pas sûr que si on était salarié par exemple, on gagnerait autant. Enfin disons (.) Ça serait lissé quoi, on gagnerait globalement tous pareil. Tandis que là {plus lentement en réfléchissant}, actuellement, chacun fait comme ça lui plaît, tu vois ? On est plus libre, on gère plus facilement son activité et donc ses revenus. C'est le propre du libéral quoi.

A : D'accord. Et les insatisfactions ? Par rapport au paiement à l'acte je veux dire euh =

M : = Les insatisfactions j'en vois principalement deux là, comme ça : d'abord le fait de devoir (.) cravacher. Enfin, je veux dire, qu'il pleuve ou qu'il vente {rires}, faut bosser. Peu importe si tu t'es couché à 2 h la veille, faut bosser. Alors que, je suppose que, enfin ceux qui travaillent dans les bureaux, si y a un jour ils sont fatigués ils lèvent le pied hein (.) On en voit suffisamment en consultation {clin d'œil pour A} des comme ça. Nous, non. Si tu bosses pas, tu gagnes pas. Voilà (.)

A : OK. Et vous me parliez d'un deuxième problème ?

M : Oui, alors qui est lié, qui est lié hein. C'est que (.) Y a trop de patients, y a trop de patients ici. Regarde on est que deux médecins ici. X c'est 1 500 habitants. X c'est 1 500 habitants, ça va, mais y a tous les villages à côté aussi. Donc ça mène à (.) à je sais pas combien {rires}, mais trop oui. Mais je suppose que ceux qui n'ont pas assez de patients râlent aussi, non ? En fait c'est un difficile équilibre à trouver, entre travail et qualité de vie quoi.

A : Très bien. Et que pensez-vous de votre niveau de revenu dans ce système ?

M : Moi je suis satisfait. Je suis satisfait, je gagne bien ma vie. Certains se plaignent, mais il faut voir un peu ce que gagnent les gens à côté hein. Non ça (.) Ça faut pas rigoler avec ça quand même, on est des privilégiés.

A : Et par rapport à l'acupuncture ? Vous faîtes de l'acupuncture ? [M : Oui] Qu'est ce que ça vous apporte ?

M : Pas grand-chose {rires}. J'ai un diplôme d'acupuncture oui, et d'ostéopathe. Mais ça reste quelque chose d'anodin. Ma plus grosse activité c'est, c'est mon activité de médecin généraliste {fait des guillements avec ses doigts} standard quoi. En plus ici c'est un peu rural hein comme tu as vu, donc les gens sont pas (.) par rapport à l'acupuncture je veux dire. Pour l'ostéopathie, ils ont plus l'habitude des rebouteux, ça passe mieux {rires}.

A : Par rapport aux spécialistes, que pensez-vous de la différence de rémunération et de revenus ?

M : Par rapport aux spés ?

A : Oui.

M : Et par rapport aux chefs d'entreprise ? [A : Euh (.)] Je veux dire (.) Bon ils gagnent un peu plus que nous, d'accord. Mais ils ont fait quelques années de plus, ils ont souvent plus de matériel, ils (.) Non, moi ça ne me choque pas. Pas du tout. On est tous, en tant que médecins on est tous dans la catégorie haute des revenus quand même. Donc bon, un peu plus ou un peu moins.

A : Très bien. Et que représentent les forfaits pour vous ?

M : Les forfaits, tu veux dire forfaits ALD ?

A : Oui, ou aussi le forfait de permanence des soins ou les forfaits Hémoccult.

M : Oui d'accord (.) Bon c'est, c'est bien hein. Il faudrait peut-être, pour que ça (.) Pour que ça ait un vrai impact il faudrait que ce soit plus élevé je pense (.)

A : Les montants vous voulez dire ?

M : Oui. Oui oui. Là c'est quand même pas très élevé quoi. Bon pour les ALD ça dépend de ta patientèle, pour les gardes c'est juste pour indemniser le fait que tu sois bloqué (.) Hémoccult c'est assez dérisoire comme somme.

A : Mais le principe, d'avoir une rémunération mixte par exemple, vous semble =

M : = Oui c'est bien. Très bien. Mais comme dit, il faudrait que ce soit un peu plus élevé. Par exemple 20 ou 25 % du chiffre, y a des pays où ça se fait hein.

A : Justement en parlant des autres pays, est-ce que vous connaissez les systèmes de rémunération ailleurs, dans les autres pays quoi ?

M : Non, là non honnêtement. Pas bien non.

A : Très bien. Par rapport à la capitation, vous =

M : = Par exemple ça non {rires} Ça je vois pas trop non.

A : C'est un système qu'y a par exemple en Angleterre, où le médecin reçoit une somme par patient sur sa liste de patients, pour l'année. Et euh, ensuite les gens peuvent venir autant de fois qu'ils veulent sans payer à chaque fois.

M : {dubitatif} Mouais. Une sorte de salariat en fait. Avec un tiers payant généralisé.

A : Non, parce que, ça, ça dépend vraiment du nombre de patients en fait.

M : Oui. Oui d'accord. {réfléchit} Oui mais non, non ça ne me paraît pas au top ça.

A : Pourquoi ?

M : Ben le risque à mon avis, c'est que certains patients squattent la salle d'attente {rires}. Je veux dire, si ils payent pas du tout, qu'est ce qui va les empêcher de venir pour le moindre bobo ?

A : Ben l'éducation thérapeutique, le =

M : = Non, non. Pas ici hein. En Angleterre peut-être, ça oui. Mais ici, ça marcherait pas ça.

A : D'accord. Est-ce que vous aviez signé un CAPI ?

M : Non. Non je l'avais pas signé. Je =

A : = Pourquoi pas ?

M : Oh je, j'ai rien contre l'idée. C'est juste que c'était trop récent, je voulais juste attendre un peu, voir comment ça se passait, avant de m'engager. Je suis quelqu'un de prudent moi {sourire}. Mais bon maintenant que c'est pour tout le monde euh (.)

A : Le paiement à la performance en général ça vous semble quelque chose de =

M : C'est pas mal, oui. C'est pas mal. Si ça peut fournir un peu d'argent en plus.

A : Et les objectifs ?

M : Bon je passe pas ma vie le nez dedans. Je les ai regardés au début, on verra en fin d'année ce que ça donne. Mais ça paraît faisable oui (.) Si ça reste comme ça, c'est faisable.

A : Très bien. Par rapport aux différents types de rémunération dont on vient de parler, lequel vous semblerait optimal ?

M : Je serai plutôt pour un paiement mixte. Oui avec un fixe, et une part variant selon l'activité pour motiver les troupes. Et du forfait et du P4P aussi {rires}. Un mix de tout quoi {rires}. Mais plus équilibré : si c'est pour avoir 90 % de paiement à l'acte et 3 % pour les autres, c'est, c'est inutile quoi.

A : Est-ce que vous seriez prêt à changer de mode de rémunération ? (.) Et pourquoi ?

M : Pour ce système-là, oui pourquoi pas. Ben, on y vient tout doucement hein de toute façon.

A : OK. Que pensez-vous de votre rémunération rapportée à votre temps de travail ?

M : Ah ben je bosse hein. C'est sûr, je bosse. Je disais tout à l'heure, on gagne bien notre vie, c'est parce qu'on bosse. Tu peux pas glander en libéral. On est pas aux 35 heures nous. Donc oui, peut-être qu'on pourrait gagner plus pour le temps de travail. Ou gagner autant, mais en travaillant moins. Après bon, ça se fera jamais ça.

A : Et dernière question, plus quantitative : à combien estimeriez-vous votre revenu pour 35 heures hebdomadaires en tant que salarié d'un centre de santé ?

M : Comment ça, à l'hôpital ?

A : Non, dans un centre de santé. Si par exemple tout le système était modifié et que les généralistes travaillaient dans des centres de santé, en tant que salarié, combien (.) Combien ça représenterait pour (.)

M : En chiffres alors ?

A : Oui.

M : Par mois (.) En nets (.)

A : Oui oui.

M : Pas facile. Je dirais euh (.) aux alentours de 5 000 € je pense. Oui 5 000.

A : Ok, très bien. Merci beaucoup.

M : De rien, c'était, c'était pas grand-chose {rires} Et ben, bon courage alors {rires}.

A : Merci.

FIN DE L'ENREGISTREMENT.

Annexe : Focus Group n°1 du 27 mars 2012

Normes de retranscription :

= est indiqué à la fin de la prise de parole d'un des participants et au début de celle d'un autre pour indiquer que le second reprend la parole sans laisser d'interruption, voire l'interrompt, et que le premier lui laisse la place.

[ ] est utilisé pour montrer que deux personnes parlent en même temps.

(.) est utilisé pour marquer une pause courte.

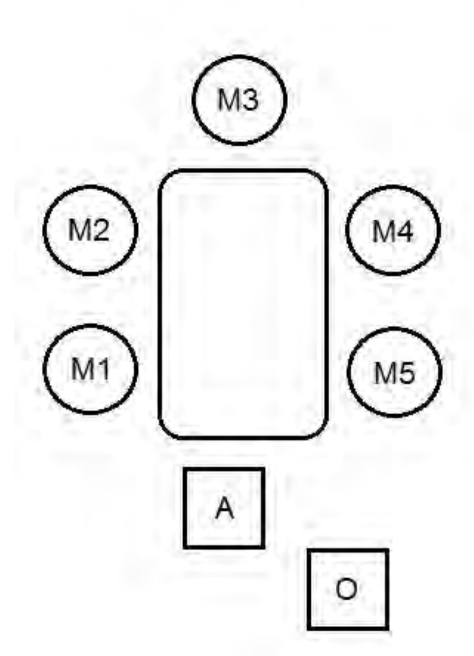
… signale une omission ou quelque chose d'inaudible.

{ } pour toutes formes de précision, souvent relatives au ton ou à des gestes.

On souligne les mots pour marquer une insistance et on met en MAJUSCULES les moments où les voix se font particulièrement fortes.

M représente un médecin, A l'animatrice et O l'observateur.

Disposition :



Verbatim :

A. : Bon, alors en fait on s'est, on vous a demandé de vous réunir pour (.) participer à l'entretien « focus group » pour euh la thèse, donc de Nicolas, qui parle de la rémunération des médecins généralistes (.) en France. Donc en fait le but de l'entretien -ça va durer à peu près une heure- c'est d'échanger {rires} {M5 rit}, c'est d'échanger sur les questions que je vais vous poser, que vous puissiez donner votre avis (.) à tour de rôle et en échangeant -enfin en essayant de ne pas trop parler tous en même temps-, et voilà, pour recueillir toutes vos opinions. Donc ça reste anonyme. Euh dans sa thèse Nicolas retranscrira tout ce qui s'est dit (.) Voilà donc les comportements de chacun, qui a dit quoi etc. Voilà, et donc ce qui est important de comprendre c'est qu'il n'y a pas de bonne ou mauvais réponse, tout ce que vous direz sera intéressant et utile pour nous.

Alors hum {se râcle la gorge}, on va commencer par la première question {toux d'un participant}. Quelles sont les satisfactions et insatisfactions que vous éprouvez personnellement avec le système actuel de paiement ? Alors d'abord en ce qui concerne le niveau de rémunération.

{silence}

A. : M1 ? Non, la bouche pleine… (Une collation a été servie avant le focus group, M1 termine de manger, NDO.)

M3 : {pour lui-même} À 23 euros c'est ridicule.

M2 : Insuffisant. [M3 : {pour lui-même} Ridicule.] Par rapport aux pays euh aux alentours et au vu des études qui ont été faites.

A : D'accord.

M3 : {tout bas} Tout à fait d'accord. {plus haut} Vous n'avez qu'à aller en Espagne, en Suisse, en Allemagne, et vous allez voir un petit peu les, les tarifs.

A : D'accord. M4 ?

M4 : Insuffisant, et depuis des lustres. [M5 : Oui.] Parce que moi en tant que, en tant que recul je peux dire que euh, on a donné donné donné, et on n'a pas été payé (.) systématiquement correctement.

A : D'accord.

M5 : On est médecins traitants depuis quelques années sans jamais avoir été évalués par rapport à ça. {plus bas} C'est pas… {plus haut} On nous a affublés d'une étiquette de (.) grand coordonnateur de la médecine (.) {moue dubitative} à 23 euros, sans aucun bénéfice supplémentaire, avec une charge administrative de plus en plus lourde, avec des papiers de plus en plus intolérables. C'est complètement sous-évalué.

A : D'accord. {se tourne vers M1}

M1 : Rien à dire de plus si ce n'est que par rapport à tous les prestataires de service, je pense que la fonction, au vu des études, est sous-évaluée donc euh {s'adressant aux autres} on mérite mieux {étonnement de M3}, comme traitement =

M5 : = Un podologue c'est quoi, c'est 35 à 40 euros la séance. {se frotte les mains} Voilà.

M4 : Non mais il faut aussi [M2 : et un angiologue 125 euros.] voir la rémunération par rapport à la responsabilité, ça je pense que c'est quelques chose d'essentiel.

{silence}

M2 : Ben l'angiologue un quart d'heure 125 euros hein.

M5 : Ouais, pis il est médecin.

M2 : Oui non mais à (.) là si on parle que des médecins généralistes =

M5 : = À spécialisation de médecine générale équivalente c'est très rentable quoi. Enfin on peut le faire hein.

M2 : {dubitative, douteuse} Moui.

M3 : … à ce compte là, oui euh, on fait plus rien hein (.) Non mais là euh.

M5 : Mais c'est vrai que (.)

A : D'accord. {toussote} Et en ce qui concerne les modes de rémunération ?

M1 : Personnellement, je, le paiement à l'acte ne me satisfait (.) pas du tout. {inspire profondément} Euh, surtout vu le niveau. Ensuite, j… on se sent quand même un peu <u>prisonnier</u> de ses patients, de leurs exigences du fait du, du {avale sa salive} « je te paye donc tu me dois » {M5 acquiesce}, donc bon je préfèrerais être payé décemment à (.) la capitation ou un autre système, où on pourrait freiner les envies des patients, pour être complètement <u>détachés</u> de leurs pressions {M5 acquiesce}. {inspire profondément} Et bon, entre nous en plus, y aurait pas de concurrence, ce serait plus facile à gérer de (.) entre nous (.) de {gêné} (.) par un autre système de paiement, mais plus le paiement à l'acte, ça ne me convient plus du tout. Voilà.

A : D'accord.

M2 : Je suis (.) assez d'accord mais le souci c'est qu'y a certains patients qui vont être beaucoup plus demandeurs : y a des cas très lourds où t'es obligé de les voir plus régulièrement. Et si t'as globalement comme pour les maisons de retraite le forfait par patient (.) Euh, tu vas être perdant dans l'histoire aussi =

M3 : = Oui mais euh. [M2 : Bah euh, si !] Il faut penser, il faut penser les trucs. Il est bien évident qu'à ce compte-là [M2 : Voilà.], un patient euh (.) j'sais pas, a besoin de toi {fait un geste de grandeur avec ses mains} 1 000 fois par mois (.) Non non, non non, non non, à hauteur de =

M1 : = À partir du moment où on sera indépendants du, du <u>paiement</u>, on pourra aussi les envoyer paître [M3 {hochement de tête approbateur} : Et ben voilà.] comme d'autres [M2 : Oui] [M3 : Voilà !] {M5 acquiesce de la tête}. On sera détaché de « je te paye tu me dois »

donc (.) on sera beaucoup plus libre {se reprend} à condition qu'on soit payé correctement {hochement de tête approbateur de M4}.

M2 : Oui, c'est ça.

M3 : Je suis tout à f… entièrement d'accord avec M1. Euh, moi, la rémunération à l'acte ne me plaît absolument pas. Ce qui nous permettrait effectivement de désengorger (.) J'dis bien de désengorger les euh =

M1 : = Les ayant-droits.

M2 {tout bas, à M3} : Les salles d'attente =

M3 : = {soupire} Les salles d'attente, avec des trucs, des machins : « J'ai le nez qui coule, mon gosse de 3 mois a mal à la gorge » et compagnie quoi {M5 sourit} =

M1 : = D'envoyer paître les ayants-droits.

M3 : {acquiesce} Voilà. {plus lentement} Et d'envoyer paître les ayant-droits. Je ne crois pas que, dans les autres pays de la communauté européenne, l'espérance de vie soit diminuée de moitié ? {regard interrogateur vers les autres participants} D'accord ? C'est comme ça que ça marche hein (.) Donc euh, voilà {avale sa salive}. Moi j'aimerais effectivement de, certains de, d'entre de mes patients {plus grave} leur dire franchement ce que je pense. Parce que y a cet aspect, cet aspect mercantile {M2 acquiesce} effectivement… Euh y a un aspect commercial dans la médecine, c'est un service. Donc euh voilà bon. On a effectivement cette « faux-cul-erie », on n'a pas de clientèle on a de la patientèle, c'est du pipeau, c'est de la couille en tube. OK ? Hmm ? {regard interrogateur vers A} Euh, voilà. Donc … il faudrait que ca cesse cette histoire-là. {dépité} Sincèrement. [A : D'accord.] Et puis on ferait (.) finalement pourrait, faire de la médecine {soupir}.

A : D'accord (.) Mais qu'est ce qui vous empêche de leur dire ce que euh, vous pensez ?

M3 {sourit à O en montrant A} : Elle est naïve (.) Elle est bien, mais elle est naïve. Euh ce qui m'empêche, c'est que si on leur dit, ils vont voir ailleurs.

M2 : Oui, comme on change d'épicier. Alors que (.) on est médecins quoi merde. {regarde le dictaphone, met sa main devant la bouche} Pardon.

M4 : Bon moi j'ai toujours l'aspect rétro de la chose donc 40 ans de paiement à l'acte. Et c'est pas que la notion de « je te dois » (.) euh de donc « tu me dois euh quelque chose parce que je donne quelque chose » donc euh. C'est une notion qui est très déplaisante et qui a évolué surtout dans les années au fur et à mesure que {sourit} la retraite approchait parce que effectivement les choses ont changé et donc euh. Je suis tout à fait dans votre sens.

{silence}

A : D'accord. M5 ?

M5 : Ben y a des choses qui tendent à évoluer quand même, c'est qu'on voit que la Sécu essaye un petit peu de, d'élargir les domaines de, de, de (.) ben de règlement des honoraires. C'est qu'on a maintenant, après leur système de CAPI, cette proposition de (.)

{M3 bougonne et lève les yeux au ciel} Ouais mais enfin bon, c'est quand même sur cette histoire-là qu'on nous propose aujourd'hui d'avoir (.) d'avoir une rémunération qui =

M3 : = C'est grotesque. {précise en se montrant du doigt} Pour moi hein.

M5 : Ben je sais pas si c'est grotesque. L'idée est quand même justement d'élargir le simple fait de « Je vois, donc je suis payé ». C'est peut-être d'avoir une activité plus globale, sur le principe, qui est pas délirante, surtout qu'y a des, des professions qui sont pas attirantes =

M3 : = Mais si y avait le système de rémunération en cause [M5 : Ah oui oui.], y aurait plus de problèmes de génériques à la « mord-moi-le-nœud ». C'est ça et c'est pas autrement. Tu veux plus revenir ? {sourit et mime un geste d'au revoir de la main} Bye-bye !

M5 : Je suis d'accord mais là, là le hic, c'est que là on a tous (.) Moi je suis aussi plutôt d'accord que la relation à l'acte, elle est dépassée hein, elle a plus lieu d'être. Je pense que (.) c'est pas le cas de tous les médecins. Y a des médecins qui sont quand même très contents de faire 50, 60, 80 actes par jour, parce que c'est l'usine et parce que ça rapportera beaucoup plus que un forfait, parce que j'ai 1 200 personnes fois tant d'euros. Donc je pense que ça peut désintéresser des médecins. Et donc avoir une double euh (.) une double casquette : une rémunération à l'acte pour certaines choses, et globale, c'est une idée qui est pas (.) pas débile.

M2 : Le côté mixte est pas mal.

M5 : Ca fait quoi, ça fait quoi qu'ils ont démarré leur CAPI, y a, y a =

M2 : = 2 ans ?

M5 : Maintenant ça fait depuis janvier qu'ils ont démarré un autre truc. Après il faut voir ce que ça donne vraiment parce qu'il peut y avoir des propositions (.) un peu (.) grotesques. J'atteins 89 % de mon activité … [apparté inaudible de M4 à M3, M2 parle en même temps que M5 et M4.] Ca ne me paraît pas correct.

A {directive} : Pas tous ensemble !

M2 : Et les objectifs de la Sécu sont euh assez (.) intenables.

A : Pas tous ensemble.

M5 : C'est ce que j'ai lu dans les articles des journaux hein, c'est que beaucoup de médecins qui avaient, qui avaient signé des (.) CAPI étaient très déçus par le taux de rémunération. C'est qu'ils arrivaient à, à 20 % - 25 % de, de l'objectif à atteindre.

A : D'accord. Ça vous paraît peu ?

M5 : Oui, parce qu'ils avaient fait des efforts. Et que la Sécu a été gagnante hein {M1 acquiesce} [M4 : Tout à fait.]. Parce que c'est sûr que si, si on vous demande 90 % d'objectifs et que vous atteigniez 89 (.) Et qu'y a zéro {inspire profondément} Bah, c'est euh, le beurre et l'argent du beurre pour la Sécu quoi.

M1 : Et en plus c'est biaisé devant les patients : ils pensent qu'on est (.) salariés de la caisse [M4 : Oui oui oui.], et qu'on est là pour euh=

M5 : = Qu'on est des chasseurs de revenus.

M4 : J'entends maintenant ceux qui sont autour de nous euh : « Les points c'est (.) Un point c'est 7 euros». Hein ?

M5 : Ouais. Je crois que c'est ça ouais.

M3 : Mais, moi ce qui me déplaît dans ces CAPI et compagnie c'est que j'en ai marre moi à chaque fois dans les revenus des toubibs, c'est la carotte. Moi je peux pas commencer disons, mon activité (.) ici -enfin continuer mon activité- en fonction de : « Ben alors attends, il faut que j'ai ça en tête, donc ça (.) Il faut que je fasse ça, comme ça j'aurai tant de milliers d'euros sur tant de mois. C'est pas sain quoi =

M5 {dubitatif} : = Mouais, tu y penses toi ? Moi j'y pense pas.

M3 : Non ! Parce que tout le m… Personne (.) ne veut (.) des génériques chez moi. {tout bas en parlant à M4} Alors que quand j'étais à X excusez-moi tout le monde avait des génériques y avait pas plus de casse-pipe là-haut qu'ici.

M4 : Ah ben ça.

M3 : Laissons tomber (.) Alors moi je connais le système italien. Euh c'est extraordinaire quand je suis arrivé (.) là-bas, donc, j'avais un médecin à {soupire en évaluant la distance} une vingtaine-trentaine de mètres. Et les médecins donc, {toux d'un autre participant} quand on veut un médecin là-bas, ben on ne va absolument pas chez le médecin en disant {fait le signe d'une feuille sur laquelle on écrit avec ses mains} « Voilà ». Non on va à la Sécu (.) On va à la Sécu, on leur dit : « Voilà ben je veux (.) » -admettons que là en face {montre l'animateur (assise en face de lui, NDO)} là y a quelqu'un qui, qui s'installe- Ils veulent euh … Bon on va à la Sécu : « Je veux le Docteur M1 » {en s'adressant à M2 sur un ton humoristique} : Un taré ! {rires} Pardon. « Je veux le Docteur M1 » {rires de M2} =

M1 {souriant, s'adressant au reste du groupe} : = En latin, ça tombe bien (M1 a un nom à consonance latine, NDO.)

M3 : Et on lui dit, on lui dit : « Ah ben non, ça y est il est complet. Il est {plus lentement} com-plet ».

M1 : {souriant} En deux mots ?

M3 : Attends (.) « Alors je veux le Docteur M2, complet, Docteur M3, complet, M4 complet, toi {montre M5 du doigt}, complet. Tout le monde (.) tout le monde est complet ». Alors toi tu dis {montre M1 du doigt} « Oui mais il habite en face ». Et la personne te répond : « Mais j'en ai rien à battre. {sourit bêtement} Ils sont complets. »

M5 : À l'anglaise quoi.

M3 : Alors moi, tétu, qui veut trouver un toubib, j'étais donc à l'extrémité d'un… en dehors des murailles d'ailleurs effectivement hein. Je me (.) Pour avoir un toubib, c'était à l'é… à l'autre extrémité {lève l'index pour préciser} de la ville. Des, des bornes, j'étais obligé de prendre -complètement débile quoi- un bus, tout, pour traverser toute la ville. {pour convaincre, lentement} Ça marche comme ça. Et le toubib effectivement est, est, est payé en fonction de je n'sais trop (.) le nombre de patients je crois. Mais, il y a une limite, un quota.

M5 : Y a un plafond, à pas dépasser. {M3 acquiesce de la tête}

A : D’accord.

M3 : Et moi j’ai toujours apprécié ce système-là. Mais libre à moi, effectivement, d’aller, parce qu’un jour j’avais un problème de santé, je suis allé chez le toubib là, le type m’a demandé du pognon. Parce qu’ils sont (.) C’est côté. C’est côté mais sans (.) sans, sans, sans, sans remboursement, sans rien.

A : Oui d’accord, d’accord.

M3 : {dépité, lentement} Ça marche comme ça dans tous les autres pays d’Europe, bordel de merde. Y a qu’ici -d’accord ?- où on se pose des questions : {prend une voix et une attitude mielleuse} « Ah oui mais ah oui CAPI truc le machin de machin ». Faut arrêter.

M1 : Moi je dis y a que chez nous qu’y a des visites, mais 99 % des visites sont injustifiées aussi. {M2 acquiesce}

M3 : Ah oui. Je dirais euh, allez, 60 % de mes visites sont tout à fait in-jus-ti-fiées.

A : D’accord. Et en ce qui (.) en ce qui concerne les forfaits ? Qu’est ce que vous en pensez ?

{silence}

A : Que représentent les forfaits pour vous ?

M3 : C'est-à-dire ?

M1 : Les forfaits ? Précisez.

A : Les forfaits euh, des patients qui sont en ALD, les forfaits de garde etc.

M3 : {en ouvrant les mains} C’est pour nous amadouer.

M1 {inspire profondément en réfléchissant}

M4 : Je pense pas que ce soit une bonne solution.

M1 : {Acquiesce} Hmmm =

M3 : = Ben qu’on en vienne directement donc, au, au, au f… à la rémunération forfaitaire en fonction du nombre de patients {finit la phrase plus fort qu’il ne l’avait commencée}

M4 : Et voilà !

M3 : Parce que là un petit peu ci, un petit peu ça =

M5 : = Y a pas le courage des actes hein.

M3 : Voilà, c’est, c’est incroyable (.) On y arrive petit à petit.

M4 : On veut le faire mais on ne peut pas. Donc comme euh on peut pas, ben il se passe rien.

M5 : C’est ça, c’est qu’il y a pas le budget en conséquence : si on forfaite tout, on change complètement de donne. Le hic c’est qu’effectivement oui, on forfaite l’ALD. On se dit « mais pourquoi ? » Parce que qu’est ce qu’il a de plus que les autres pour faire toucher, euh, 40 euros ? =

M2 : = C’est pas un papier qui fait que tu mérites 40 euros quoi.

M5 {acquiesce de la tête} : Voilà, c’est « Yesss {lève les bras en signe de victoire} je l’ai mis en ALD, et j’ai gagné 40 euros ».

M3 : Par contre, un, un autre exemple. Un truc qu’on pourrait (.) J’veux dire, on ne fait même plus appel, alors là je sais pas si (.), à, à, à la solidarité, à l’acte gratuit du médecin. On est obligé de tout facturer ! Le cancer colorectal ? {interroge du regard les autres participants}

M5 : Ouais.

M3 : Il suffit de (.) Bon c’est un peu, de, de coller des étiquettes. {ironique} Ah putain le boulot {s’essuie le front}. {s’adressant aux autres} Hein ?

M5 : Tout marche à la carotte.

M3 : Et tout marche à la carotte effectivement. Et là je viens de recevoir j’sais pas combien de centaines de, de, d’euros [M5 : Parce que t’as bien autocollé tes étiquettes] parce que {en acquiesçant à M5} j’ai bien collé mes machins. Alors on, on est obligé, d’accord ? Donc, d’effectivement (.) Autrement beaucoup de toubibs éventuellement (.) enverraient chier, parce que {prend une voix aigue de quelqu’un qui se plaint} ils sont pas payés.

A : D’accord.

{silence}

M3 : C’est dramatique !

{silence}

M1 : Non mais c’est un système qui est frileux, on, on nous laisse du paiement à l’acte, mais on voudrait passer à l’autre côté, mais on nous donne pas assez de l’autre côté, et en fait (.) On a le « cul entre deux chaises » en fait (.) C’est pas très sain, c’est pas…

A : Et vous avez, vous avez l’impression que c’est un système qui arrive à son [M1 : Ben qui s’essouffle hein] à sa fin ?

M1 : Tout à fait.

M5 : Ben y a quand même des changements qui en 10 ans sont apparus en =

M1 : = Oui mais on a la réputation d’être la meilleure médecine du monde, la meilleure Sécu euh, on a les meilleurs ayant droits =

M3 : = Excuse-moi, ça vient de France hein.

M1 : Oui, non mais (.) Non mais c’est franco-français.

M3 : On est d’accord hein, c’est du « cocorico ».

M1 : Oui oui oui oui, mais tout à fait.

M3 : Ailleurs euh, l'espérance de vie (.) Alors, on critique par exemple euh l'Angleterre. {prend l'accent anglais} « Oh putain j'ai du attendre 6 mois pour ma prothèse de hanche » {redevient plus sérieux} Euh elle est pas morte hein. {plus bas} T'as attendu 6 mois en plus, paix dans les chaumières. Ici euh, ils attendent, ils ont mal à la hanche depuis 3 ans, ils décident d'être opérés ; ils attendent un mois, c'est trop ils gueulent.

{silence}

M1 : {acquiesce} Population d'ayant-droits.

M4 : Oui, c'est ça.

M1 : Pour changer les mentalités faut se lever de bonne heure hein.

M4 : Mais ça, ça a été conçu déjà depuis des années, [M5 : Assistanat social.] ça date pas d'aujourd'hui hein.

M5 : On a fait des études d'assistante sociale actuellement hein.

M2 : Mais le problème c'est que c'est pas que au niveau médical, c'est de l'assistanat pour tout.

M5 : Moi j'ai jamais rempli autant de dossiers de (.) COTOREP et MDPH [M1 : {acquiesce} Oh là là là là.] que depuis 2 ans.

{M2 et M3 acquiescent}

M4 : Ouais.

M2 : Parce qu'on leur dit de le faire.

M5 : On dit de le faire [M3 : Voilà.], la CPAM dit de le faire, les assistantes sociales disent de le faire. Toutes les, les associations d'aide aux malades disent de le faire. Du coup, avant, vous remplissiez, ben je sais pas, une quinzaine-vingtaine de dossiers par an. Là, actuellement, y en a {geste de haussement d'épaule en signe de résignation} pas moins de deux par semaine.

M3 : Et on se sait pas quoi mettre (.) des fois.

M5 : Et alors voilà, vous remplissez ça, « qu'est ce qu'on en fait » ? Voilà où on en arrive, c'est de l'assistante sociale {M3 acquiesce}. On n'est plus médecins.

M2 : Voir quand on les refuse pas de les remplir parce qu'on sait que ça passera pas quoi. A un moment faut (.) stopper quoi.

M5 : Voilà où on en arrive aujourd'hui, on fait plus de médecine.

M4 : Il faut ce qui faut hein, pour que ça marche.

M5 : Mais qui doit faire ça ? [M4 : J'sais pas.]. Est-ce que c'est notre métier ? J'crois pas.

A : En fait vous avez l'impression que le système de rémunération actuel, c'est une porte ouverte à beaucoup de choses, mais pas forcément à la médecine ? =

M5 : {dépité} = Ah ben c'est (.) Pour toucher ça maintenant, {énumère sur ses doigts}, y a ça, y a ça, on dirait des couteaux suisses à tout faire. Mais quel est le retour ? Aucun.

A : D'accord (.) [M5 : {répète en regardant les autres participants} Aucun.] Alors par rapport au système par capitation. Vous seriez euh, vous seriez plutôt (.) pour ?

M1 : Tout dépend du niveau.

M5 : {instantanément, répond à M1} Ouais.

M3 : {répond également à M1} Ouais.

M5 : Le principe est (.) plutôt heureux =

M1 : = Oui.

M5 : La question c'est euh : Jusqu'où les organismes payeurs sont prêts à aller ? Si c'est effectivement pour payer euh un, un forfait minimal en disant : « Oui euh, en moyenne 2 patients par an euh avec 23 euros », ça va être, ça v… {ironique} c'est prometteur quoi oui. Ça, ça risque d'attirer {fait un geste de grandeur, ironique} beaucoup {rires}, beaucoup de médecins {M1 et M2 acquiescent}. Faut évidemment être un minimum attractif, c'est, c'est, c'est logique. Mais le principe oui, peut être heureux.

{silence}

A : Pour les autres ?

M1 : Euh oui. Comme dit, tout dépend du niveau de rémunération, bien sûr. {interroge du regard les autres} Hein ?

M3 : Ah oui ! Oui oui oui oui oui.

M1 : Il s'agit pas de, d'avoir un deuxième métier derrière [M3 : Et la Sécu, la sécu.] pour pouvoir joindre les deux bouts.

M3 : Et la Sécu ferait énormément (.) Énormément de, de, de =

M1 : = D'économies.

M3 {montre M1 du doigt en signe d'accord} Énormément ! [M1 : en nous payant mieux.] Si on prend (.) Là, il faudrait, éventuellement (.) Et en payant mieux certains, et faire de telle manière que d'autres {se racle la gorge} soient payés nettement moins.

M1 : Oui non mais si tout le monde a le même système [M3 : Non mais ce que je veux dire (.)], on, on pourrait plus s'auto-payer déjà [M3 : Parce que hein.] On pourrait toutes les kinés inutiles, toutes les, les conneries qu'on, qu'on prescrit qui servent à ri…, dont on sait pertinemment le =

M4 : = Oui. C'est de la satisfaction simplement pour le client.

M1 : Les, les cas de « remboursés par la Sécu », toutes les conneries, les, les, les =

M3 : = Obligés de faire ça, autrement ils se barrent !

M1 : Donc, non. Stop à la prostitution {M4 acquiesce}. Ca serait autre chose, on n'aurait plus besoin de baisser le (.)

M3 : Oui. Les arrêts de travail euh, {en interrogeant du regard les autres participants} j'sais pas où vous en êtes vous ? Moi fut un temps, pendant euh, oh quelques années c'était : « Non écoutez vous pouvez pas » et tout. Maintenant je n'en ai plus … {montre le dictaphone en souriant} Fermez-ça. Je n'en ai plus rien à battre (.) C'est le type, il arrive, il veut un arrêt de travail. {s'arrête et se justifie auprès des autres} Je, je, je suis pas réputé pour en, en, en, en donner et tout, mais : « Vous allez me donner une semaine hein ? » {résigné, fait mine d'écrire sur une feuille} Je donne : « Oui bon d'accord ». Moi je peux pas travailler comme ça.

M1 : Mais non mais déjà le discours est biaisé : les gens veulent se mettre en arrêt [M5 : Oui, « Je viens me mettre en arrêt ».]. Se mettre. Moi je dis « ici on se fait mettre ».

{M4 rit}

{M2 sourit}

M4 : {moue dubitative} Oui, c'est (.) Oui.

M1 : C'est moins beau dit mais (.) Ils me regardent bizarrement mais je dis : « Ici c'est moi qui vous mets » =

M4 : = Mais, on s'engueule avec le contremaître et on va voir le toubib simplement, prendre un arrêt.

M2 : Mais c'est pas ça c'est : « Je suis pas allé travailler, déjà hier » [M5 : {à M4} Mais va te faire mettre (.) en arrêt.]

M5 : Oui, « il faudrait me mettre en arrêt depuis hier » [M4 : Ah ben ça c'est classique hein.]

M2 : Alors là rien à foutre hein, tu (.) poses un jour de congé {inspire profondément} [M4 : {fait semblant d'écrire} Voilà, avec la date d'hier hein.].

M5 : Parce que les gens nous payent, ils pensent qu'ils ont le droit de euh, de tout nous demander (.) Et qu'on est obligés de le faire.

{M2 acquiesce}

M3 : Mais jusqu'au jour où, ce système là va dire (.) : {soulagé} « Merde ».

M1 : Mais c'est le, la mentalité de tout le pays qu'il faut changer.

M2 : Oui, c'est ça le problème [M4 : Oui, oui.]

M3 : Nooon, mais ça c'est =

M2 : = C'est pas qu'un problème médical, c'est un problème de =

M1 : = C'est un problème de mentalité franco-française.

M4 : C’est, c’est un problème social là.

M5 : Social. Et c’est (.) l’assistance euh =

M1 : = Tous azimuts quoi.

M3 : Si on était (.) [M5 : Voilà c’est ça.] S… Voilà si on était salarié en fonction de, ça serait très vite réglé.

M5 : Moi je veux bien être f… haut fonctionnaire médical hein. Ca, ça ne me pose pas de problème.

M1 : La plupart des pays euh, les médecins sont mieux payés, la Sécu sont (.) équilibrées. Et la mortalité n’est pas supérieure dans les autres pays, faut pas déconner.

M2 : Ah non, non.

M3 : Non, ils meurent aussi vieux et aussi Alzheimer qu’ici.

M5 : Exactement, ouais tout à fait.

A : D’accord. Euh alors on va passer à un autre système. Que représente pour vous le paiement à la performance ?

{silence}

M3 : Et ben euh. On en a déjà parlé non ?

M1 : On est tous performants de toute façon donc euh, où est le problème ?

M3 : Ben ça, ça voudrait dire qu’y a des médecins débiles donc euh. Pis sur, sur la base de quoi euh. C'est-à-dire la performance par rapport à quoi, des critères, des résultats =

M2 : = Ben c’est sur (.) les stats de la Sécu.

M1 : Performance par rapport à la Sécu oui.

M3 : C’est grotesque, oui, j’veux dire euh.

M4 : C’est grotesque ça.

M3 : Alors vous, vous me dites par exemple -alors oui, qu’est ce que je pense moi- : c’est extraordinaire. Vous me dites : « IPP, l’objectif régional, national est de tant » (.) C'est-à-dire que euh à un moment donné y a quelqu’un qui arrive, il dit : « Ah j’ai mal à l’estomac. -Ah je suis désolé {rires}, je ne suis plus dans mon objectif. Repassez plus tard ». [M4 : J’ai déjà dépassé.] « Écoutez j’ai le (.) mauvais cholestérol, il est à 3.1 là ». C'est-à-dire qu’il va se faire un infarct’ en, en … {prend une voix mielleuse} « - Alors là je suis désolé les statines je peux plus vous en donner » ? C’est grotesque, c’est nous prendre pour des abrutis. {insiste} Mais c’est nous prendre franchement pour des cons.

M2 : Les objectifs de la Sécu, euh, sont pour la plupart, intenables. Que ce soit pour les vaccins, pour la grippe, les frottis, les, les =

M5 : = C’est un choix hein, parce que bon (.) Ils ont pas trop envie de payer.

M2 : Oui non mais, c'est du grand n'importe-quoi quoi.

M5 : Ils ont envoyé une carotte, en espérant qu'on =

M2 : = Qu'y en ait certains qui se bougent plus quoi.

M5 : Ouais c'est ça [M3 : Mais c'est inimaginable de truc-là.]. Et ça marche parce qu'à priori ils ont fait des économies relativement intéressantes (.) par ce biais-là hein.

M2 : {douteuse] Mouais ?

A : D'accord.

M1 : Mais les performances, oui c'est performance Sécu. C'est pas performances médicales, ça veut rien dire.

M3 : {approuve} Sécu, sécu.

M1 : Parce que euh [M2 : C'est ça qui est ridicule.] j'allais dire plus on assiste à des (.) conférences de FMC, p… plus j'aurai tout le temps, j'aurai tendance à être cher euh. Alors euh. Donc performances, le mot, le mot n'est pas (.) adapté.

M5 : Soit on suit la performance scientifique, soit celle du cabinet médical. Et malheureusement y a =

M2 : = Y a un décalage.

M5 : {acquiesce} Y a un décalage entre les 2.

A : D'accord.

M1 : C'est performances économiques. Il faudrait, il faudrait préciser euh.

M2 : Quand euh, quand y a des médecins de la (.) conseils de la Sécu qui viennent en disant euh : « Vous faîtes trop d'ARA2, mais par contre vous pouvez faire des calciques et des diurétiques », c'est pas franchement les (.) références quoi, mais tout est fait dans un but euh, uniquement d'argent quoi.

M5 : Et forcément la performance elle est biaisée par ce biais-là, c'est que on fait pas forcément de la meilleure médecine, on fait de la médecine moins chère aujourd'hui.

M2 : Parce que si c'est faire du *low cost low cost*, ça a pas d'impact.

M5 : Ben voilà c'est ça euh. Voilà : on te propose des avancées médicales, on te propose des meilleures thérapeutiques, on te dit : « Oui mais non ».

A : C'est-à-dire ?

M5 : Elles sont là, à disposition, mais je n'y toucherai pas. Je vais la jouer euh {toux d'un autre participant} économique et {s'adressant à M2} *low cost* effectivement, et puis {hausse les épaules} ça marchera aussi hein.

M2 : Et du coup ça t'ent… ça t'entraîne quand même vers une médecine à l'ancienne à utiliser des vieux médocs pas chers et =

M5 : = Ben voilà. Alors que, qu'on vire des ARM {se reprend}, qu'on vire des AMM, qu'on réduise le Vidal de, de, de, de trois quarts [M3 : Trois quarts.].

M4 : Et regarde, on fait actuellement un, un, un, un tintouin avec l'aluminium. Mais les vaccins sont restés encore avec de l'hydroxyde d'aluminium.

A : D'accord. Donc pour vous en fait, les objectifs qui euh, qui sont visés par le paiement à la performance, ne sont, ne rentrent pas dans le cadre de la =

M1 : = Rentrent dans le cadre d'une contrainte « sous » (contrainte « argent », NDO) [M4 : sont orientés.]. C'est une pratique économique et pas (.) pas médicale [M4 : {répète} Sont orientés.].

M5 : C'est pas forcément à l'avantage de la médecine et du patient hein.

M3 : C'est pour réduire le déficit de la Sécu, point barre.

M5 : {en posant l'index sur la table} Le seul intérêt de tout ça, c'est pas de valoriser le médecin, euh sous prétexte de lui donner de meilleurs choix. C'est d'arriver à des économies (.) meilleures, voilà.

A : D'accord. Quand on parlait du CAPI tout à l'heure, est-ce que euh, certains d'entre vous, autour de cette table, en ont signé un ?

{silence}

M3 : Moi j'ai signé un jour une connerie, je savais pas que ça s'appelait CAPI (.) Donc j'ai signé le truc parce qu'y a un abruti qui m'a tendu un truc : {mime quelqu'un qui tend une feuille} « Tenez docteur, signez » … « D'accord si ça vous fait plaisir ». D'accord ? OK ? Donc je l'ai signé le machin.

{Étonnement de M2}

A : D'accord. Et qu'est ce que vous en pensez ? = [M1 : {en s'approchant du dictaphone} VENDU !]

{rires de M4}

M3 : = Mais je m'en tape. {se justifie} Mais je sais, je savais pas ce que je signais [M1 {toujours près du dictaphone} : VENDU !] voyez-vous.

{rires de A, M1 et M3}

M3 : Mais le, le problème est que (.) Je ne, je, je, les objectifs, non je les ai {change de voix et tire la langue en parlant} pas.

{rires de M2, M4 et M5}

M1 : {toujours très près du dictaphone} VENDU quand même ! {rires}

{rires généralisés}

M3 : Je n'ai jamais euh {rires}. Je m'en tape hein, complètement.

A : D’accord. Bon je vous rappelle que nous sommes enregistrés, si nous pouvions redevenir plus sérieux. Alors (.) bon, vous connaissez quand même les modes de rémunération [apparté inaudible de M3 à M4.] =

M1 : = Chut. S’il vous plaît =

A : {affirmative} = Vous connaissez donc euh grosso modo les modes de rémunération des pays, des pays voisins =

M1 : = Certes. [M3 : Quelques.]

A : Quel type de rémunération, là parmi ce que vous pouvez connaître et ce qu’on a pu évoquer (.) vous semblerait euh, le plus optimal ?

{silence} {M1 inspire profondément}

M3 : Ben il faudrait les connaître tous premièrement, je crois.

M5 : C’est vrai qu’on n’a pas une connaissance très très fine des rémunérations de, de nos voisins [M3 : C’est tout hein.]. J’sais pas. On a tous lu euh, tel ou tel article, mais si on se demande précisément comment (.) comment et à quelle hauteur est rémunéré un médecin, ouais [M3 : Non attendez, comment ils font, en Espagne.]

M3 : Bah en Espagne, pour se faire prescrire de la {plus lentement} Biafine, parce qu’on a un {plus lentement} coup de soleil, {regard interrogateur vers M5} c’est combien ? {fait un mouvement d’approximation avec la main} 160 euros ?

{petit cri d’étonnement de M2}

M5 : Oui, pour le touriste.

M3 : {hochement de tête approbateur} Pour le touriste hein, pour le touriste.

M2 : Oui (.) Ça tu peux faire pareil en France.

M3 : Bon (.) Mais moi le système italien me plaît. Mais je peux pas dire que ça soit le meilleur. Par rapport à celui, le nôtre, oui. Mais y a certainement d’autres qui sont très intéressants aussi.

A : D’accord.

M3 : {tout bas} Je sais pas. {plus haut] Mais comment (.) Comme M1 a dit, comment se fait-il effectivement, qu’y a qu’en France qu’il y a effectivement, un trou absolument merveilleux {inspire profondément} de la Sécu, alors que les autres se débrouillent très très bien. Le médecin est-il responsable ?

A : Qu’est ce que vous en pensez ?

M3 : Non. Parce que le médicament, c’est moins cher. Euh, y a aucune raison qu’effectivement donc j’ai suivi un truc là. En Angleterre euh, le médicament est à {interroge M1 du regard} combien ? Euh, 7-8 fois moins cher qu’en France ? =

M1 : = Non, c’est pas vrai. [M3 : Certains.]

M3 : Certains (.) Non mais attends, c'est certains [M5 : Certaines molécules oui.].

M4 : Bon je retombe, je retombe peut-être en enfance, mais rappelez-vous tous, {s'adresse à M1} je pense que toi tu étais déjà en course =

M1 : = Putain, il m'a traité de croulant.

M4 : Où (.) Ouais, ouais, ouais ouais ouais ouais ouais. Où effectivement tu faisais une demande à la Sécu, et c'est en fonction de ce que tu prescrivais en (.) pognon -médicaments-, que le malade était remboursé à 100 %.

{silence}

M4 : {sûr de lui} Et oui !

{silence}

M1 : Non, j'connais pas ça.

M4 : {à M5} Ton père t'en a jamais parlé ?

M5 : Ouais, je crois.

M4 : C'est-à-dire qu'on avait (.) il y avait une euh, une, une charge. C'est-à-dire qu'on faisait (.) un topo pathologie, et pis on faisait les médicaments, et je me rappelle à l'époque, c'était un certain chiffre que tu (.) dans les 1 300 euh anciens francs je parle. Et tac, quand c'était passé par mois, c'était remboursé, type ALD. Donc, déjà à l'époque [M1 : plus tu chargeais l'ordonnance {hoche la tête} donc c'était biaisé comme ça.]. C'était à l'époque déjà du système qui était déjà corrompu, et qui {lève les paumes vers le ciel, lève les épaules en signe d'impuissance} forçait à la consommation. Donc, moi je comprends encore une fois (.) Tout ceci glisse depuis des années des années des années, et maintenant on est au pied du mur.

{silence}

A : Oui, d'accord. Alors, une question logique qui vient, mais je pense que vous avez déjà tous donné la réponse. Euh, seriez-vous prêt à changer de mode de rémunération ?

M1 : Si, si l'autre est =

M5 : {insiste en début de phrase} = Ouais, si y a des gens intelligents (.) Voilà, si en face y a des, y a des gens qui comprennent l'activité, et qu…, et que la valorisation est correcte, oui. Si, si, si effectivement c'est pour être simplement perdant parce que (.) c'est une philosophie de dire « je veux plus être payé à l'acte », {hochement de tête négatif} faut pas déconner. Euh, voilà. Je comprendrais pas très bien pourquoi, alors que la Sécu paye à l'acte systématiquement, qu'elle nous dise : « Voilà, à partir du moment où vous êtes forfaités, vous allez toucher 30 % de, d'honoraires en moins ». Oui, si je travaille comme un fonctionnaire, à arrêter de travailler à 17 heures, moi je suis d'accord pour que (.) Je fais mes 35 heures par mois, je suis payé comme tel [M1 {s'exclame} Par mois ?! {rires}] Bah, comme un fonctionnaire, c'est comme ça que ça marche.

M2 : Oui non mais après faut pas que (.) C'est (.) À travail égal, faut pas qu'on soit perdant dans l'histoire quoi [M3 : C'est par semaine, pas par mois.].

{rires de M1 et M5}

M5 : Je suis prof de fac.

M3 : Ah oui avec eux, je suis tout à fait d'accord.

M5 : T'as déjà vu un haut fonctionnaire totalement débordé ? {rires}

M3 : Mais les horaires hein (.) Mais là il faudrait qu'effectivement, que les urgences à côté, euh ben s'activent.

M5 : Ah oui. Ben forcément ils seraient débordés hein.

M2 : {apostrophe les autres} Hé, les urgences à X (hôpital de proximité à environ 10 km, NDO) sont à 60 passages par jour hein. Donc je pense que à 4 médecins sur toute la journée =

M5 : {étonné} = <u>60 passages par jour</u> ?!

M2 : Entre 60 et 80. {regardant O} : C'est un petit apparté.

M3 : {ironique} Ils sont fatigués, fatigués fatigués fatigués [M2 : Ouais. Ils sont overbookés.] {en fermant les yeux et en secouant la tête, comme on le ferait avec un bébé} Bouhouhouhouh !

M5 : {regardant M1, incrédule} 60 à 80 actes par jour. Aux urgences.

M2 : Enfin passages. Depuis qu'ils ont arrêté les soins de suite.

M3 : Non parce que moi, je ne veux, je ne veux plus travailler euh, jusqu'à des (.) 20 heures. Non !

M5 : {ironique} Tu m'étonnes qu'ils sont en grève, ça doit être dur.

M3 : Et t'as quand même 2 heures d'attente {sourire ironique} =

M1 : = Pour changer de système il faut une révolution, ça va pas se faire.

M2 : C'est pas possible [M5 : Et voilà, c'est ça.].

M1 : Les gens ils ont leur {change de voix, plus mielleuse} leur médecin qui leur {reprend une voix normale} <u>servile</u>, qui leur <u>cire les pompes</u>, qui, qui leur fait des certificats euh. Faudrait une révolution culturelle =

M3 : = J'en, j'en conclus moi que autour de cette table, [M1 : {répète, plus bas pour lui-même} Culturelle.] nous avons donc euh ben donc (.) 5 médecins. Et, {en regardant les autres} 5 putes quoi {soupir}.

{silence, tout le monde les yeux baissés sauf M4}

A : C'est, c'est le sentiment que vous avez ?

M1 : Ouais.

M3 : {grave} Oui.

M4 : Oui

M1 : On peut être euh, prostitués de ses patients.

A : Vous avez l'impression d'être payés pour un service, et pas forcément pour exercer la médecine, telle que =

M1 : {sur de lui} = Exactement.

M4 : Oui.

A : Vous devriez l'exercer =

M5 : = C'est un service (.) jugé obligatoire.

M4 : L'urgence vraie, où on s…, où on est un peu maître de la situation en disant : {plus lentement} « Moi j'essaye de {à vitesse normale} vous aider dans le bon sens », c'est vrai. Ca c'est bon, là ils s'écrasent. Mais pour le reste, ils essayent de vous manger (.) C'est clair. {regard demandant approbation à M2} Hein ?

{silence}

A : D'accord.

M3 : C'est toujours les mêmes, c'est toujours les mêmes dans une patientèle qui vont vous emmerder. Alors bon si c'est effectivement donc une (.) personne avec euh, plein de pathologies qui se sent pas bien, tout ça, bon {résigné} ben il viendra vous voir euh. Mais c'est toujours les mêmes et c'est pas forcément les vieux {plus bas} contrairement à ce qu'on pourrait croire =

M2 : = Et c'est pas forcément les cas les plus graves =

M3 : C'est les jeunes. Et c'est de loin effectivement (.) Ce ne sont pas les cas les plus graves.

A : Et donc un mode de rémunération dans lequel [M3 : c'est de la bobologie.] le patient ne serait pas celui qui vous paye directement euh, vous, vous paraît être un mode qui vous permettrait de =

M1 : = De refuser =

A : = De redevenir médecin =

M1 : = De redevenir médecin. Oui, tout à fait.

M3 : De dire : {plus lentement, grave} « Madame, votre enfant n'a rien »

M1 : Vous n'avez rien.

M3 : {mime la panique} « Écoutez euh, il a le nez qui coule » {redevient plus calme} « Paix dans les chaumières il n'en mourra pas. {mime une poignée de main} Au revoir madame ». {devient agressif} « Mais je vous préviens hein, s'il arrive quelques chose, procès hein ! »

M4 : Voilà.

{silence}

A : D'accord. Euh, que pensez-vous {toux d'un autre participant} du montant de votre rémunération rapportée à votre temps de travail ? On en a parlé mais (.)

M3 : Ben ça dépend si on est rapide ou pas rapide hein {soupir}.

A : Par rapport à votre expérience perso… enfin, professionnelle.

M3 : Ben ça dépend en fait. Ben euh, 23 euros, si on en voit 4 par heure, ça fait combien ?

M4 : Il faut évoluer pour récupérer =

M3 : = Mais non ! … {murmure pour lui-même en faisant mine de taper sur une calculette} Pis voilà. 5 par heure ça fait combien ? 6 par heure ça fait combien ? 7 par heure ? Et voilà.

M1 : On gagne bien notre vie parce qu'on fait des tonnes d'heures. C'est ça.

A : Oui ?

M5 : Si on fait référence au taux moyen mensuel des français, on vit pas particulièrement mieux que =

M2 : = Moi j'ai l'impression que =

M5 : = Qu'un, qu'un cadre moyen. Le hic c'est qu'on fait des tonnes d'heures en plus donc forcément, évidemment, à la rémunération. Évidemment y a pas photo.

M2 : Moi j'ai l'impression que dans le temps, les généralistes ou les médecins vivaient très bien [M4 : Oui.] et que maintenant on vit (.) bien. [M5 : Ouais.] Enfin y a une (.) différence [M4 : Y a une différence.] importante, avec les charges, et tout.

M4 : {à M2} Y a une différence, c'est vrai, c'est vrai.

A : D'accord. Vous pensez quoi des horaires des médecins alors ?

M5 : Je sais pas, quel est le, le, le, l'horaire moyen par semaine d'un médecin. C'est 60-70 heures par semaine, c'est ça hein ?

M4 : À peu près oui.

M1 : Je crois.

M4 : À peu près.

M5 : On est quasiment au (.) On est au double de, des horaires moyens de =

M4 : = Mercredi midi, les 35 heures sont faites.

M1 : Non le soir. Le soir, le soir. M4, t'exagères.

M2 : Doucement, doucement.

M3 : Et là-dessus, et là-dessus se rajoute, mon cheval de bataille : {en souriant} les gardes.

{silence}

M3 : Non mais je plaisante pas ! {M4 lève les yeux au ciel} {vers M4} Oui mais (.) Non ! Nous sommes des homo sapiens sapiens, on travaille toute la journée. D'accord ? [A : Oui.] Donc y a le droit du travailleur euh, le droit de l'employé etc, les prud'hommes tout le merdier. P'tain si on les fait dormir deux heures et qu'on leur demande de revenir au taf euh. Le mec, non seulement il se fout en arrêt, hein ? Mais il attaque son patron aux prud'hommes. Nous sommes une profession libérale, d'accord ? C'est qui mon employeur ? C'est bibi, enfin je suppose. Ok ? Hein ? Et (.) quand j'ai, admettons une journée de 10 ou 11 heures, en plus on me demande de faire une garde. Alors bon, ça passe, c'est bon. Ça passe pas, c'est pas bon. Alors « Oui mais vous êtes payés pour ça ». Je préfère rester au pieu moi (.) après 11 heures de boulot. Et euh, si par exemple je suis réveillé deux fois -même si effectivement c'est pas fréquent- bon. {se montre de ses deux pouces} Y en a qui sont insomniaques, déjà juste à l'idée d'être de garde, ce qui est un peu mon cas. Le lendemain {mouvement de tête interrogateur vers M2} Hmm ? On est au taf.

M4 : Oui.

M3 : Donc moi je suis un être qui, physiologiquement, effectivement, j'ai les mêmes exigences qu'un, que n'importe quel (.) humain.

A : Oui ?

M3 : Dormir, pipi, caca {M2 rit} S'allonger euh, hin-hin, se reposer, ceci, ceça. Alors voilà, en plus ça, bonjour hein. J'en ai ras le cul.

A : Et, et pour les autres euh, vous êtes, vous êtes d'accord avec ce que dit =

M3 : = Ben les autres euh =

M1 : = C'était quoi la question ? {rires}

M3 : C'est quoi, c'est une digression.

M1 : Ben oui.

A : On était en train de, de parler des gardes. On parlait à la base du, du (.) montant de rémunération rapportée au temps de travail [M1 : Ouais.].

M1 : Ben il est, il est pas terrible vis-à-vis du temps de travail oui.

M4 : Disons que la rémunération se fait sur la durée du travail, pas forcément seulement sur le nombre d'actes par heure. Je pense que (.) c'est comme ça qu'il faut un petit peu voir les choses. On peut pas systématiquement dire euh : « Bon j'en ferai 10 par heure », c'est pas possible.

A : D'accord.

M5 : Heure de mécanique dans un garage de marque : 90 euros de l'heure.

M1 : {acquiesce} Ouais.

M3 : {fait un mouvement d'équivalence de la main} Un plombier à deux heures du mat' hein euh.

M5 : Les anciens euh, électrotechniciens : 90 euros de l'heure. Voilà, c'est tout. 90 euros de l'heure euh, ben faut y aller.

{M1 acquiesce}

M2 : Tu fais plombier ou serrurier euh, tu gagnes mieux ta vie quoi. Enfin c'est tout, c'est tout con hein mais =

M5 : = Voilà. Pour combien d'années d'étude ? Pas grand-chose. Euh, nombre d'années d'activité ? Importantes.

M2 : Charges ? Rien.

M3 : Si un serrurier nous regarde, avec un petit regard et un petit sourire narquois, c'est qu'on est tous des cons. {change de voix} « Ah tu t'es gourré de formation hein », effectivement.

M4 : Il faut en faire 4.

M5 : Ah il faut en faire 4, c'est simple [M4 : Minimum.] Quand t'as un dépressif qui vient, qui te mange trois quarts d'heure, en gros si tu commences à dire : « Oh putain, putain ». Ben oui, mais là, là en gros tes charges euh. Alors (.) Et si tout le monde gagne comme ça, c'est plus une vie.

M3 : En Suisse ils sont {pour lui-même, heureux} Ah oui =

M5 : = Oui, c'est à l'heure oui. C'est euh, c'est forfaité au temps.

M3 : En Suisse c'est génial j'ai entendu ça.

M5 : Non je crois que c'est dans (.) le canton de Vaux.

M3 : Y a une horloge =

M5 : = Oui, c'est « timé » comme chez le psy.

M3 : {content} Oh la la la la. Le fin du fin alors là, là les mecs, ils ne viennent pas pour le nez qui coule hein [M4 : C'est l'horlogerie suisse.]. Au début {fait mine de taper sur un chronomètre sur la table} Schling ! Et c'est de dix minutes en dix minutes (.) Alors si tu veux nous raconter ta vie oui oh {chante} pam pam pam. Et vas-y que ça tourne, et chaque fois, toutes les 10 minutes : {tape sur son chronomètre} Schling ! Schling ! Schling ! Comme un taxi. Là, le mec il est moins loquace hein. On se magne le derche hein ? {rires de M1} « Euh, la tension ? » {pressé} « Non, non, docteur, c'est pas la peine. C'est bon, c'est bon, donnez-moi mon médicament » {redevient sérieux} : Là y aurait ça hein.

M2 : Mais il paraît qu'en Allemagne, -je sais pas si c'est vrai, c'est des patients qui m'ont raconté ça- que, quand les patients t'appellent ils en ont pour 10 euros {inspire profondément}.

M4 : Oui.

M3 : Ce qui serait normal.

M2 : Ce qui serait une bonne idée pour euh, certains chieurs =

M4 : = Oui euh M2, le conseil téléphonique est facturé. Tout à fait.

M3 : Bien entendu.

M2 : Ça serait une bonne idée aussi.

M5 : D'ailleurs ça marche très bien, ça évite d'être saturé de communications.

M4 : Et il semblerait que les actes (.) de la consult, si tu as un examen total, ou si c'est uniquement un contrôle TA, etc, c'est différencié, dans la tarification.

A : D'accord. Mais vous aussi non ? Vous avez différentes, différentes tarifs selon les (.) actes réalisés ?

M4 : {hésitant} Oui. Euh en pratique c'est quasiment toujours 23 euros hein.

M1 : En plus ou en moins d'ailleurs. Faut pas croire qu'on est des grugeurs {rires} : un vaccin, c'est 23 euros, euh un point de suture, c'est 23 euros aussi.

{M2 acquiesce}

M3 : {prend une attitude de vendeur} Mesdames et messieurs approchez, aujourd'hui c'est tout à 23 euros.

A : Mais pourquoi vous (.) n'appliquez pas les tarifs ?

M1 : Parce que (.) les gens sont habitués à payer 23 euros (.) Et on ne connaît pas les tarifs par cœur. Une suture ici, avec les urgences pas loin, on en fait rarement maintenant [M5 : {précise} 60 à 80 passages par jour {rires}.]. Donc euh après il faut rechercher, comment coter, combien ça fait (.) et ça fait perdre du temps.

M3 : Et le temps c'est de l'argent {rires}. Non mais vous n'avez qu'à voir la tête des gens quand vous êtes de garde {M2 lève les yeux au ciel} et que vous vous pointez chez eux euh, à minuit. Alors ça j'adore, c'est, c'est mon moment préféré. « Combien je vous dois docteur ? » D'accord ? « 80 euros madame ». Là euh, je te prie de croire que euh, le plus souvent ils sont étonnés. Parce que, pour eux, c'est 23 euros (.) et ça devrait presque l'être aussi à minuit {soupir}.

M4 : Oui.

M2 : Moi j'essaye quand même de coter com… correctement. Et le plus souvent ça se passe bien.

M3 : Alors voilà pour quoi il y a quand même des médecins relativement honnêtes. {s'arrête, se montre du doigt} Bibi {M2 rit}. Quand : {prend une voix criarde} « Allo docteur, vous avez reçu mes résultats ? » Vous me cassez les couilles là, bien à fond là, toute la journée. {interroge du regard les autres participants} Hmm, il faut leur dire euh les résultats au téléphone ! Et puis après, vous avez un type -parce que y en a des gens bien hein- qui attend deux plombes (.) en salle d'attente, [M5 : Ouais, pour la même chose.] il vient avec son {fait mime de montrer une feuille} : « C'est pour les résultats ». Alors le mec on regarde euh. Voilà, le résultat, il est là, tout ça. « Combien je vous dois ? -Rien ». Moi je dis : « Rien ». Parce que l'autre con au téléphone, est-ce qu'il s'est euh, est-ce qu'il m'a dit à la fin : {reprend sa voix criarde} « Je vous dois combien ? » Rien du tout. Alors donc euh. Pourtant on a passé du temps quand même hein avec ce monsieur.

M2 : Ouais.

M1 : {en parlant à O} T'as envie de t'installer ? {rires} Arrêtez de l'écœurer ! Non, non mais {ironique} c'est fantastique euh =

M3 : = Il est con. Ca fait deux ans que je lui dis de ne pas s'installer.

M5 : Il va passer le concours de PH, et c'est fini.

{rires généralisés}

M3 : Et encore hein, moi je suis célibataire j'ai pas de gosse hein (.) Alors ceux qui ont, qui sont mariés, qui ont des gamins, et qui en plus avec ça, donc doivent avoir une vie de famille. {dubitatif} Mouais, bonjour les dégâts hein. {en s'adressant à M1 et M5} J'sais pas comment vous avez fait les mecs hein euh.

M1 : Ben comme tout le monde hein {rires}.

{rires de A, M2 et M4}

M3 : {plus bas} Putain.

A : On va euh, conclure par la dernière question, qui est plus quantitative : A combien estimeriez-vous votre revenu pour 35 heures hebdomadaires de travail ?

{rires de M4}

M5 : Excellente question.

M3 : En net ou en brut ? Parce qu'il faut faire attention hein.

A : {demande approbation à O du regard} En net.

M1 : En net ? Annuel ?

M3 : Non ! Non, mensuel, mensuel (.) Déjà, on va commencer par là.

M5 : Combien par semaine ?

M3 : Non, par se..., par mois. [M5 : Oui, enfin, par mois.] Allez, on va faire par mois.

A : Oui, oui, par mois.

M1 : Nets ?

A : Nets.

M3 : 35 heures ?

M1 : {sûr de lui} 8 000.

M3 : {en réfléchissant} Moui, voilà.

M2 : Oui c'est pas mal.

M3 : 8-9 000 oui.

M5 : {étonné} Forfaité ?

M1 : Oui.

M5 : Ouais.

M3 : {pour A} On est gourmand hein ? Mais (.) comme on le dit, justement =

M1 : = en nous payant mieux ils feront des économies.

M3 : Si on fait une couille, c'est qui qui va trinquer ? [M5 : c'est bibi.] C'est nous hein ?

M5 : Ca ferait 8 000 nets ouais.

M3 : Je crois pas qu'y ait une autre profession, effectivement à (.) plus haut risque, d'accord ?, que la nôtre.

{M2 acquiesce}

M4 : Et je vous dis même, je complète un tout petit peu. {à M1} T'as dis 8 000. Mais, je trouve que c'est même bien calculé [M3 : Et encore.], parce que par rapport à la retraite, c'est encore peu {rires}. Tout à fait =

M1 : {en se justifiant} = 35 heures.

M4 : Oui, 35 heures.

M5 : {rêveur} 35 heures. .

M1 : Oui, pour 35 heures.

M5 : Moi je trouve ça pas mal.

A : D'accord.

M4 : Pour 35 heures oui.

M5 : Médecin fonctionnaire quoi (.) Avec la charge actuelle.

M1 : Ouais, ouais.

M5 : 35 heures.

{rires de A}

M3 : Et avec ceci peut-être que la Sécu ferait également, fe…, ferait des, des économies.

M4 : Mais bien sûr.

M5 : C'est évident. Ça changerait complètement la donne.

M1 : Ce n'est plus, ça changerait la mentalité des patients. Ils (.) C'est nous qui serions (.) directifs : « Non, pas besoin de kiné. Radios, rien à branler de [M5 : Là tu reprends les directives.] Y a pas besoin de radio pour ça, y a pas besoin de kiné. Vous êtes euh, non » =

M2 : = Mais ça je pense que c'est de l'utopie hein.

M3 : Mais ça arrivera hein, et tant que ça n'arrivera pas, c'est (.) C'est typiquement français.

M2 : Oui non mais, avant que (.) Faut que tu fasses une révolution mais que tu changes toute la mentalité [M3 : Mais non.]. Pas que par rapport à la médecine, par rapport à tout =

M3 : = Mais oui.

M4 : Il faut déjà changer la mentalité de nos patients, sinon ça marchera pas.

M3 : {s'adressant à M4} Il faudrait peut-être, M4 éventuellement, changer la mentalité des toubibs {rires contenus}. {précise} De certains (.) Parce que moi je viens d'une région, {s'éclaircit la voix} où, bonjour hein.

M1 : {à A} Vous avez déjà eu ce genre de discussion, ou de euh, ou c'est la première séance que vous avez ?

A : Première séance.

M1 : Première, ah ouais ? Donc vous n'avez pas le, le retour : est-ce que les autres pensent comme nous ou (.)

A : Non. On n'en a pas encore.

M1 : {toujours pour A} Ben vous nous le ferez savoir ?

M3 : {pour O} Oui t'as intérêt hein (.) Autrement euh …

A : Bien sûr.

M4 : Je pense, je pense que vous n'aurez pas 36 versions. [M5 : {à O} Combien vous allez en faire des groupes, tu sais déjà ?]. Vous aurez peut-être une version, mais moi [O : {à M5} on sait pas pour l'instant, ça dépendra] personnellement, moi ce qui m'a toujours écœuré, quand je suis arrivé au bout du rouleau (.) c'est effectivement d'être écœuré, je dis bien écœuré (.) du comportement, du patient. Hein parce que, historiquement, encore une fois, il fut un temps -69-70- où le médecin avait une place (.) dans le village. Il avait un respect etc. C'est terminé ça, ça fait déjà au moins 20 ans. Ça n'existe plus. Donc moi j'ai vu évolué ça, en devenant « monsieur tout-le-monde », mais qui doit de grosses responsabilités, pour 23 euros. Point. Ça s'arrête là. Alors ou bien on les change (parle des patients, NDO), ou alors on essaye euh. Mais je pense qu'il faut faire quelque chose.

M3 : J'ai parlé à un notaire, le notaire de X, l'ancien. Il m'a dit (.) Un jour il vient chez moi euh, il me dit : « Je te dois combien ? » Euh « 23 ». Il me regarde : {joue l'étonnement} « Quoi ?! 23 ? C'est, c'est grotesque ». Je dis : « Comment ça ? -Oui, c'est grotesque 23 ». Il dit : « Tu te rends compte (.) <u>Moi</u>, notaire hein, j'ai mon cabinet, ça grimpe, ça grimpe, ça grimpe, ça grimpe, ça grimpe, ça grimpe ». Il se prend des secrétaires, il se prend des euh =

M1 : = C'est une contrepèterie ? Il grimpe les secrét…, non ? {rires}

M3 : {rires} Non.

M1 : Ah pardon.

M3 : Avec un nombre d'études donc, qui est, inférieur (.) Euh il arrive, il m'a dit : « J'arrive effectivement à me faire un blé {toux d'un autre participant} <u>d'enfer</u> (.) » En bossant (.) 5 heures, il bosse (.) Et il me dit : « Toi, le problème, c'est que tu as une heure [M5 : C'est toujours pareil.], et en une heure de temps tu ne peux faire que tant de patients, tu peux pas faire euh plus que ça. C'est 23 euros par patient ». Il me dit : « T'es t'es t'es ». Ben je dis : « Oui » {soupir}.

M2 : C'est ça, tu peux pas faire autrement. [M3 : Et il me dit : « C'est pas normal ».]

M5 : T'es limité physiquement.

M2 : {acquiesce} Personne ne peut bosser à ta place.

M5 : {acquiesce} Y a pas de délégation possible.

M4 : Mais son mode de rémunération n'est pas le même =

M5 : = Nous plus de boulot, plus de patients, plus de monde c'est le seul moyen de gagner plus.

M2 : Oui mais ça veut dire plus d'heures.

M5 : {acquiesce} Mais ça veut dire plus de temps.

M3 : Mais lui effectivement, plus (.) est sous contrat, plus de ci, plus de ça, mais il délègue.

M5 : {acquiesce} Mais il délègue.

M3 : Alors que nous on peut pas « déguéler » hein.

M5 : On a l'interdiction de déléguer, ouaip.

M2 : A moins de prendre un collab' hein, mais {résignée} pfff. Tu prends une journée de congé en plus.

M4 : C'est un contrat, pas une consultation hein, donc la tarification est également différente.

{silence}

M3 : {pour résumer} J'aurais du faire notaire.

{silence}

M3 : Donc 8 000 euros, pour euh 35 heures, oui =

M1 : {insiste} = Nets

M3 : {précise en levant l'index} Et sans garde.

{rires de A et M2}

M2 : Avec 35 heures, tu fais pas beaucoup de gardes hein.

M4 : {à M1} Toi tu pars en vacances euh, une fois par mois hein ?

M3 : Oh oui {soupir}.

M5 : Oh, toutes les 3 semaines {rires}.

{rires de M2}

M1 : Oh non ! Non, je suis toujours en vacances et je prends des semaines de boulot {sourire}.

M2 : Non mais c'est ce que les patients disent : « Mais il travaille entre temps ? » [M1 : Ben oui.]

M1 : « Il est pas malade des fois ? » {hors sujet, à M5} J'ai fait un truc génial en hors piste (.) Retour en hélico (.) Le luxe.

{rires de M3 et M5}

A : {demande approbation à O} On clôture notre discussion ?

O : Ben écoutez oui, {regard interrogateur vers les participants} si plus personne n'a rien à ajouter euh.

M3 : T'as pris des notes toi ?

O : Oui oui.

M1 : {montre la feuille de O} Ouais elles sont notées là.

A : On a bien tous bossé {rires}.

M3 : C'est fini ?

A : Oui c'est fini.

M3 : Yesss.

FIN DE L'ENREGISTREMENT.

Annexe : Focus Group n°2 du 14 mai 2012

Normes de retranscription :

= est indiqué à la fin de la prise de parole d'un des participants et au début de celle d'un autre pour indiquer que le second reprend la parole sans laisser d'interruption, voire l'interrompt, et que le premier lui laisse la place.

[ ] est utilisé pour montrer que deux personnes parlent en même temps.

(.) est utilisé pour marquer une pause courte.

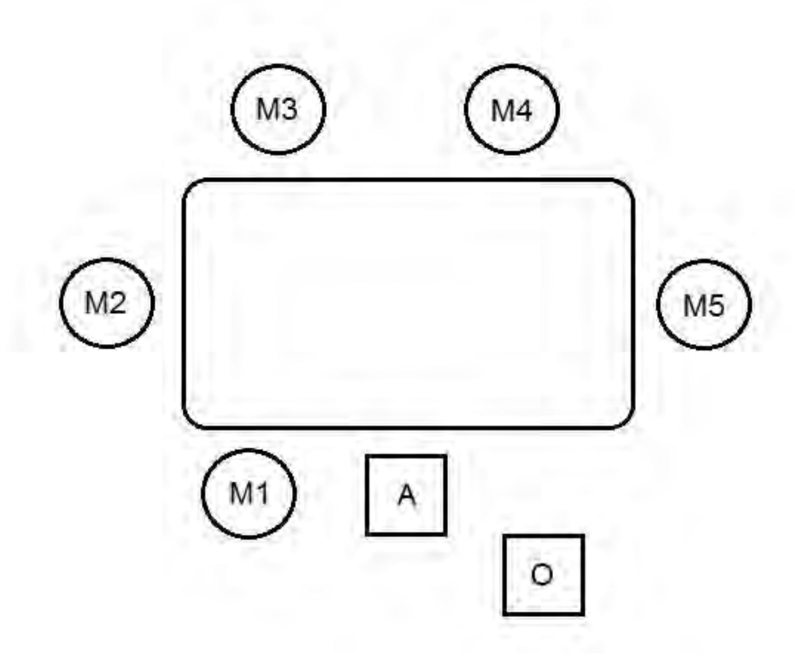
… signale une omission ou quelque chose d'inaudible.

{ } pour toutes formes de précision, souvent relatives au ton ou à des gestes.

On souligne les mots pour marquer une insistance et on met en MAJUSCULES les moments où les voix se font particulièrement fortes.

M représente un médecin, A l'animatrice et O l'observateur.

Disposition :



Verbatim :

A : Bon alors on va commencer (.) Euh c'est un entretien qui se veut être interactif entre vous, il faut qu'on ait euh, le fond de votre pensée sur les questions que je vais vous poser. Euh ce qui est assez important c'est d'essayer de pas (.) trop parler tous en même temps, dans ces cas-là je vous dirai : « Attention pas tout le monde en même temps », parce que des fois au fur et à mesure de la conversation on a tendance à (.) s'emporter {rires} [M2 : Et donc ouais (.) t'as un mix entre Laurence Ferrari et David Pujadas, c'est ça ?] Et après on entend plus rien. Donc euh voilà donc c'est un entre… c'est un (.) focus group qui se veut anonyme donc de toute façon aucun de vos noms ne sera retrouvé au niveau de =

M3 : {sérieux} = Peux-tu préciser « qui se veut » ? {rires}

A : De la thèse.

M3 : Tu vois ? {rires}

{rires généralisés}

A : {rires} On va pas commencer comme ça hein.

M3 : Ah ben eh {rires}.

M2 : Est-ce que nos photos seront floutées aussi ou (.) ?

A : {ironique} Oui on va essayer. {plus sérieuse} Donc on va commencer. La première question : quelles sont les satisfactions et les insatisfactions que vous éprouvez personnellement (.) avec le système actuel de paiement ?

M2 : {étonné et dubitatif} Avec le système actuel de paiement ? (.) {toussote} Donc le paiement à <u>l'acte</u> ?!

A : Oui.

M2 : {réfléchit} Hmmm.

{silence}

M3 : Ben le niveau est pas suffisant =

M2 = Le niveau est pas suffisant de (.) Ça c'est une certitude. C'est sûr. Je sais pas si on compare à nos collègues et confrères euh limitrophes ?

A : On peut, oui.

M2 : Il me semble que nos {ironique} amis luxembourgeois, ils ont (.) Ils sont un petit peu plus payés de l'acte, il me semble =

M4 : = Mais les belges beaucoup moins.

M2 : Les belges, beaucoup moins ? Mais est-ce qu'ils sont aussi rémunérés à l'acte ?

M4 : Euh, je crois que oui. Il me semble, non ?

M2 : {à M4} Ouais, aussi ? Tu connais les tarifs ?

M4 : C'est pas 19 ? C'est pas 19 euros la consultation =

M2 = {étonné} 9 euros la consultation euh (.)

M4 : 19 euros !

M2 : Ah bon, tu m'as fait peur, ouf {rires}.

M3 : Mais il faut voir aussi leur taux de charges, c'est pas (.) Voilà, après [M4 : Je sais qu'au Luxembourg, c'était 38, un truc comme ça.]

M5 : Au Luxembourg la consult' de base est à 37 € oui, mais après ça dépend de l'urgence et de l'heure aussi.

M2 : Oui mais le Luxembourg a un niveau de vie euh.

M3 : {en regardant tout le monde pour synthétiser} Bon donc, pas assez ?

M2 : Ouais.

M4 : Oui, pas assez, ça c'est clair (.) Bon après euh =

M3 : = Ben qu'est ce que tu veux qu'on dise, être payé autre chose qu'à l'acte, je vois pas très bien.

A : Et justement, concernant les modes de rémunération ?

M3 : Le mode de =

A : = Le paiement à l'acte.

M3 : À l'acte ? Moi je suis très partisan de ça [A : Ça vous paraît cohérent ou (.)] Ah oui oui oui oui oui.

M1 : Oui oui.

M3 : Ah oui très partisan d'un paiement à l'acte. Enfin pour moi en tout cas.

M2 : Oui, bah oui, parce que je vois pas trop comment on pourrait être payé autrement (.)

M4 : Être salarié, non hein, ça c'est clair !

M2 : Ben, moi j'ai été salarié et à l'acte euh =

M3 : = La capitation, bôf.

M2 : Avec une participation du (.) Quoi, c'était une participation du salaire à l'époque euh. T'avais 85 % du salaire qui était dépendant du nombre d'actes, sur l'année écoulée. Et il fallait faire {fait des niveaux superposés avec ses mains} tant et tant, entre 5500 et je sais plus -j'ai plus en tête les chiffres- mais pour avoir euh une rémunération normale. Et puis

plus on dépassait et plus on montait, y avait un pourcentage supérieur pour la rémunération donc ça (.) Finalement indirectement, ça incitait à faire des actes euh =

M3 : = Les stakhanovistes du travail, hein ?

M2 : {en opinant de la tête} Voilà. C'est un peu ça quoi. {inspire profondément} Donc euh bon (.) Si effectivement on est parti pour un salariat (.) salariat {fait un signe d'équivalence de la main} que t'en vois 10 ou que t'en vois 50 (.) à priori tu es parti dans ce trip-là. Sinon c'est faire du libéral. C'est-à-dire que, à l'époque c'était un peu bizarre comme euh (.)

A : D'accord. Ça c'est euh =

M2 : = Ça c'est le, la dernière convention de médecins miniers. L'ancienne c'était salariat, avec la rémunération (.) Y avait un fixe, y avait les gardes etc donc euh. Et (.) et y avait effectivement les forfaits ALD, tous ces machins-là donc euh. Et après ils ont changé ça. {avale sa salive} Et donc 85 % du salaire était euh, je veux dire euh conditionné par les actes que t'avais faits l'année d'avant. Alors ça pouvait être euh bien, comme ça pouvait être pas bien quoi. Donc les zones de moindre activité, soit il fallait (.) {mime le passage d'une carte dans un lecteur à plusieurs reprises} faire marcher la carte euh verte -la petite carte verte- ou alors bon ben on laissait courir, pis l'année d'après ben le salaire, {fait un mouvement vers le bas avec la main} oups, il était amputé aussi donc euh. Bon y avait des (.) systèmes de compensation hein euh, pour éviter que ce soit des (.) baisses trop basses [M1 : de trop grosses baisses.]. Ouais. Nous, après nous =

{= sonnerie de téléphone portable} M4 sort répondre.

A : Par rapport au régime minier, vous préférez le paiement à l'acte « classique » ou le système que vous avez connu =

M2 : = Paiement à l'acte oui, oui oui. Pis là, on peut effectivement faire comme on veut quoi. Si effectivement tu veux faire une journée de, de fou furieux ben voilà.

M1 : Ben si, y a un meilleur contrôle (.) [M2 : Un contrôle oui c'est ça.] tu veux faire euh plus d'actes. Ceux qui veulent contrôler euh, leur niveau de dépenses, c'est plus facile peut-être qu'au forfait ou autre chose hein.

M2 : Bon après c'est (.) quand c'est salariat, c'est pile-poil, c'est voilà.

M3 : Non, pile-poil ou pas, en tant que médecin on a intérêt à rester à l'acte hein.

M1 : Ben oui.

M3 : Comme on est peu de médecins =

M2 : = On est peu donc ouais ouais ouais ouais ouais c'est clair quoi.

M3 : Bien sûr il faudrait augmenter la valeur de l'acte, ça on est d'accord. Qu'on ne soit plus obligés de travailler comme ça.

M5 : Moi quand je travaille au Lux euh, au Luxembourg, le coût de la consultation est donc euh, plus haut. Mais on travaille (.) après ça dépend des cabinets bien sûr (.) Mais on travaille quand même beaucoup.

A : Et en ce qui concerne la différence avec les médecins spécialistes ?

M3 : {tout bas} Ah.

{silence}

M3 : {soupire} Nous sommes spécialistes.

{rires de M2 et M3}

M3 : Et j'aimerais bien qu'on me respecte quand même.

{recrudescence de rires de M2 et M3}

M2 : Ouais, tous sur le même pied de (.)

M3 : {soupire} Pfff je sais pas moi.

M4 : {de retour de son appel} Donc y a eu une nouvelle question ?

A : Oui, c'est de savoir votre opinion sur euh, la différence entre euh, votre mode de rémunération, enfin votre niveau de rémunération, et celui des médecins spécialistes.

M3 : Ben ça dépend lesquels déjà. Y a les pédiatres qui gagnent un peu moins que nous je crois {moue dubitative de M4}. Sur les échelles de (.)

M2 : Ah si on regarde sur les les les BNC, oui [M3 : On est pas tout en bas.]. On est pas tout en bas.

M4 : Tu veux dire, au niveau de l'<u>acte</u> ?

M3 : Non des, des revenus [M1 : Non.]. Des revenus, du chiffre quoi. Y a les psychiatres aussi je crois.

M4 : {dubitatif} Mais comment ils peuvent être en dessous de nous ?

M3 : Et ben parce qu'il trav… Ben attends des actes psychiatriques t'en fais peut-être pas euh =

M4 : = Non je parle des pédiatres.

M3 : Ah parce qu'ils ont peut-être pas un recrutement suffisant, parce que j'en sais rien moi (.) Mais en tout cas ils sont en dessous des généralistes.

M2 : Je pense que c'est sur la journée.

M4 : Oui mais attends y a des généralistes qui sont au SMIC, alors (.) [M3 : Hein ?]. Y a des généralistes qui sont au SMIC.

M3 : Non mais c'est sur la moyenne hein, {fait un geste de courbe mimant une loi normale} je te parle des moyennes là.

M4 : Je pense pas que ce soit les pédiatres les plus (.) {réfléchit} Non c'est les spécialités médicales qui ne font pas d'actes (.) qui sont les moins rémunérées.

M3 {douteux} : Hmmmaaa.

M4 : Genre les endocrinos, les trucs comme ça.

M3 : Écoute, moi ce que j'avais vu, c'était quand même les (.) Les pédiatres étaient en dessous de nous. Peut-être les endocrinos aussi =

M4 : = Ben les pédiatres ils ont les, ils ont les (.) Ils ont comme nous : le C+MGE, le C+MNO =

M3 : = Oui mais, ça dépend combien ils voient d'actes, {se reprend} combien ils voient de gamins aussi.

M4 : Ouais, moi j'ai un copain qui est pédiatre, il fait des remplacements euh, il tourne bien hein.

M3 : Ouais il faudra qu'on regarde dans le machin du (.)

M1 : Moi il me semblait qu'il y avait les dermatos aussi en bas.

M2 : C'est pour ça qu'ils font des actes euh, d'esthétique, des actes =

M3 : = Oui ils font beaucoup de choses à côté, voilà. Et ça c'est pas compté ça. Bon enfin bon. Euh {soupire} Vous en pensez quelque chose vous, des spécialistes ?

{silence}

M5 : Pour moi globalement les médecins spécialistes gagnent quand même plus que nous. En moyenne.

M3 : Bon bien sûr, on va dire que le radiologue gagne trois fois trop, {interroge du regard les autres participants} d'accord ?

{rires généralisés}

M2 : Tout comme nos amis cardiologues.

M3 : Voilà eux qui (.) Voilà. Mais, bôf. {résigné} Écoute si ils gagnent bien tant mieux pour eux, bon.

M4 : Souvent on nous fait la réflexion, moi j'ai souvent entendu des patients qui disaient euh : « Ouah je reviens de chez le cardiologue, j'en ai eu pour 10 minutes, j'ai payé 105 € ». Bon c'est sur il a eu {compte sur ses doigts} un électro, une écho rapidos. « Et vous, vous faîtes tous les papiers, machins euh, y en a pour 10-15 minutes et vous êtes payés à 23 ».

M3 : {en plaisantant} Mais t'as qu'à lui dire « Ah ben non, ce coup-ci c'est 105 » {rires}.

{rires généralisés}

M3 : {en riant} C'est 105 DE.

M2 : {en riant} Ca va pas marcher ça.

M4 : Donc on a des, des réflexions de, de ce type-là [M2 : C'est clair qu'on est amenés à faire pas mal de paperasse.]. Bon c'est sûr que les cardios, c'est compliqué euh.

M2 : Ouais mais tu sais le dossier COTOREP, tout (.) enfin le dossier MDPH, le dossier ADAPA et tout ça (.) Les gens se retournent toujours vers nous hein donc euh =

M3 : = Ben pour ça, tu les fais venir en consultation.

M2 : {douteux} Ouais.

M3 : Le samedi matin.

M2 : Est-ce qu'on devrait pas avoir une valeur ajoutée pour ça ?

M4 : Oh bah tiens. Mais souvent on fait quand même des trucs comme ça sans être payé, ça c'est encore autre chose mais bon. Alors après la différence avec les spécialistes euh (.) Normalement la consultation de base je pense qu'on devrait être payé comme eux hein.

M3 : Pardon ? [M2 : Comme les spés quoi.].

M4 : {Pour M3} Par rapport aux spécialistes, on devrait être payé comme eux. A partir du moment où on est reconnu médecin spécialiste =

M3 : = Ils sont à combien eux ? 25 non ?

M2 : 27 !

M4 : 27.

M2 : Ou 28 ?

M1 : Ben normalement c'est 23 non ?

M2 : Normalement c'est 23 ?

M3 : {douteux} Qui quoi ? Les spécialistes ?

M1 : Oui. C'est pour ça qu'ils nous ont augmentés (.) Une fois que médecin généraliste a été considéré comme une spécialité, ils nous ont augmentés au même taux : 23.

M3 : Ah ben on devrait s'équilibrer avec eux alors, ça c'est un très bon motif de, de grève administrative ça {rires de M1}. <u>Attends</u> c'est géant ça {rires}. « A propos d'une thèse : grève ».

M2 : Consultation de spécialiste c'était pas 25 euros ?

M1 : Leur prix je sais pas. Mais normalement C est égale à Cs.

M2 : Ah bon ?

M3 : En tout cas les revenus de spécialistes ne me dérangent pas [M4 : Ah non, non non, non non.]. J'ai pas d'état d'âme par rapport à ca.

M4 : Bon après, si on nous dit qu'on est des médecins spécialistes euh, je vois pas pourquoi (.) on serait payés moins qu'eux.

M3 : Oui mais tu n’es que spécialiste en médecine générale {rires}.

{silence}

A : Et que représentent les forfaits pour vous ? La capitation (.) par exemple ?

{silence}

M2 : C’est une bonne question. Merci de l’avoir posée {rires}.

O : Tout le monde sait ce que c’est que la capitation ?

M1 : Non [M5 : Non.]

M4 : Non plus, non, pas bien.

M3 : Tu es payé en fonction du nombre de patients. C’est le système anglais ça.

M2 : C’est anglais et espagnol je crois [M1 : Ah oui OK, je vois.].

M3 : Tu es payé en fonction du nombre de patients qui s’inscrivent chez toi.

O : Voilà, et que le patient vienne une fois ou 20 fois dans l’année, tu reçois la même somme [M1 : C’est la même somme OK.].

M2 : Donc il faut les racoler chez toi quoi =

M3 : = Donc c’est un piège à cons : il faut éviter tout ce qui est hypocondriaque euh {rires}.

M2 : Il faut faire des pancartes euh =

M3 : = Et ceux qui viennent pas beaucoup il faut les garder {rires}.

M2 : Il faut mettre les pancartes dehors pour racoler le client.

M3 : Et le problème il est là, c’est complètement illogique ce machin-là.

M4 : Donc la capitation euh (.) Bôf (.) Je pense pas que beaucoup de monde euh adhère à ce type de (.)

M2 : Donc un médecin donc (.) effectivement, il est dans un secteur donné, et puis les gens doivent aller chez lui, automatiquement, c’est ça ?

M3 : Non, tu t’inscris chez lui. Tu choisis de t’inscrire chez un médecin.

M2 : Ouais. Et c’est obligatoire pour tous les patients ?

M4 : C’est pas très différent du système anglais alors.

M3 : C’est un peu comme le système du médecin traitant si tu veux. [M2 : Oui.] Ça en est la base quoi. Sauf que là ça s’impose et puis (.) Et pis t’es payé en fonction du nombre de gens inscrits.

M2 : Alors maintenant ils ont peut-être des cabinets qui sont pas ouverts non plus avec les mêmes euh (.) amplitudes horaires aussi non ?

M3 : Ah ils travaillent peut-être moins c'est vrai.

M2 : Je sais pas hein. Ils sont, ils sont ouverts quoi, le matin ? Ils ouvrent euh (.) ou des heures précises {rires de M1} Non mais, à l'étranger je pense c'est ça hein, ils ouvrent moins =

M1 : = T'as la somme quand la personne s'inscrit, pis après tu ouvres ton cabinet 2 heures par jour. Ca a pas l'air terrible comme (.) comme système.

M2 : Et je crois qu'ils sont (.) {Vers O} C'est quoi, c'est dans des cabinets qui sont, personnels à eux ou (.) ou bien c'est payé par l'état ?

O : Oui c'est dans des systèmes nationalisés en principe ça.

M2 : D'accord.

M3 : Moi la capitation c'est *niet* {rires}.

M1 : Non c'est pas satisfaisant je trouve.

M3 : Non.

A : D'accord. M5 ?

M5 : Le système me paraît intéressant. Après (.) le risque c'est qu'en effet certains patients en profitent. Dans les remplacements que je fais moi, j'ai l'impression que souvent ce sont les mêmes personnes qui reviennent, des fois pour rien du tout. Alors là si ils payent pas du tout et qu'ils peuvent venir autant qu'ils veulent euh (.) ça risque de poser des problèmes.

A : D'accord. Et par rapport aux forfaits ALD qu'il y a en France ?

M3 : {pour lui-même à voix basse} Le forfait ALD ?

M2 : Les 40 €.

M5 : Moi je les ai pas ceux-là {rires}.

A : Les 40 € par patient en ALD qui vous ont déclaré comme médecin traitant =

M3 : = Ah si t'as une capitation à 40 € par patient tu vas pas aller loin {rires}. T'imagines ? {rires}.

A : Justement, est-ce que vous pensez que c'est trop bas ? Est-ce qu'il faudrait l' =

M3 : = Ah ben 40 € c'est rien, tu rigoles ! Ca fait combien une médecine euh, une clientèle de médecine générale ? =

M4 : = Non mais euh, ce que A veut te dire c'est euh : « Est-ce que les 40 € qu'on te donne là actuellement chaque année te satisfont ? »

M3 {soupire en réfléchissant}.

M1 : Ben disons que on a déjà du mal avec la surcharge de travail on va dire hein.

M3 : Je pense que ça donne rien hein [M1 : Ça donne rien.] Ça rime à rien, donner 40 € pour ça, ça rime à rien. Moi je les prends parce qu'ils me les donnent mais euh, je veux dire que (.) Bon voilà quoi.

M5 : Euh moi si ils me les donnent, je les prends quand même hein. Rapporté au nombre de patients, ça peut être pas mal.

M1 : Moi non plus c'est pas une habit… Enfin voilà, on fait pas exprès de faire les ALD pour euh. Voilà, c'est pas pour avoir 40 € derrière =

M3 : = Ça m'engage pas beaucoup (.) d'avoir 40 € pour les ALD. C'est gentil, merci la caisse mais euh, c'est sans doute euh, pour éviter de nous augmenter à côté hein mais bon (.) {plus bas} comme tous leurs forfaits à la con là.

A : Est-ce que vous aviez signé un CAPI [M2 {en montrant le dictaphone} : Coupez, coupez, à la con il a dit.]

M3 : Non.

M1 : Non.

M3 : Non.

A : Personne ? (.) n'a signé le CAPI ?

M3 : Non.

M4 : Et la nouvelle convention non plus.

M3 : Non plus. Enfin en tout cas j'ai écrit pour ne pas avoir le truc à la performance là.

M2 : Ah ben (.) {se montre et montre M1} Voilà, nous on l'a pas signé, on a pas machin, mais on est (.) dedans quoi, puisque (.) on n'a pas renvoyé le (.)

{rires généralisés}

M3 {en se frottant les mains en signe de profit} : Ah ah ah ah ah ah ! Ahhh les gars.

M2 : Là on est bons.

M1 : J'ai rien signé moi.

M2 : Oui mais c'est, même si t'as pas signé, si t'as pas fait un courrier =

M4 : = T'es dedans.

M2 : Si t'as pas fait un courrier comme quoi que tu refusais, t'es dedans.

M3 : {ironique, en plaisantant, pour M1} Eh ben voilà, t'es dedans, t'es cuite. T'es dedans, bravo (.) Bravo.

M4 : Si t'as pas écrit avant le 26 décembre 2011 [M2 : Ouais.], tu (.) t'es considéré comme euh (.)

M1 : {étonnée} Ah bon ?

M3 : Voilà, vous allez être tatoués « appartient à la convention », voilà [M2 : Voilà.]. Et puis je sais plus quoi. Et donc euh =

M1 = {résignée} Ah bah alors on n'a pas dit notre « non », alors on est dedans.

M4 : Et est-ce que vous recevez toujours des, des visiteuses de la caisse ?

M2 : {clin d'œil pour M4, en plaisantant} Ça dépend lesquelles {rires}.

M3 : Oui d'accord.

M4 : Mais elles cherchent toujours à vous voir ou pas ?

M3 : {plaisante toujours} Ah ça elles cherchent oui {rires}.

M1 : Moi j'en ai pas vu depuis (.) Ca fait très longtemps.

M4 : Parce que nous (.) J'avais posé la question à X, qui n'a pas signé non plus [M3 : Oui tu m'avais dit que (.)], nous on les voit plus hein. Depuis qu'ils savent qu'on n'a pas signé hein.

M2 : {inspire profondément, menace de l'index} Attention hein, parce qu'avec le François maintenant, il va faire la chasse hein : ceux qui ont pas signé, {fait un mouvement d'égorgement avec le pouce} Tsssacc !

A : {Pour M3 et M4} Donc vous, vous avez demandé à ne pas intégrer le nouveau système à la performance [M3 : Ouaip.]. Mais pourquoi alors ?

M4 : Oh ben parce que le, leur paiement à la performance là =

M3 : = Mais non mais parce que il y a un conflit d'intérêt manifeste [M4 : Ah oui oui.]. Y a un conflit d'intérêt manifeste là-dedans, attends c'est pas (.) Je veux bien soigner mes patients en fonction de ce que je crois être pas trop mauvais ou le moins mauvais euh, mais pas en fonction de ce que veut la caisse pour récupérer du pognon ou je ne sais quoi. {fait un signe de négation de la tête} Ah non. Hein c'est, c'est vraiment le conflit d'intérêt moi qui m'a fait, qui m'a fait (.) Et puis, et puis quand même, alors je suis un petit peu plus vieux médecin que {désigne les autres participants de la tête} ces petits jeunes-là. Euh, j'ai souvenir d'une époque où la caisse avait dit qu'ils allaient ouvrir un secteur 1, mais que au bout d'un an ils réouvriraient pour qu'on puisse se barrer. Ils l'ont jamais réouvert autrement on serait tous parti (.) en secteur 2 évidemment. Donc la caisse, la parole de la caisse {se met le doigt dans l'œil} hmm hmm {rires}, j'y crois pas {rires}. Pas du tout {rires}. Alors ça il fallait (.) Bon pour moi ça, il fallait sortir immédiatement, refuser ce genre de trucs. Après bon, chacun fait ce qu'il veut hein.

M4 : Ouais pis bon c'est {soupire} pffff c'est malsain, c'est un cercle vicieux [M3 : Voilà.]. Regarde, elle, elle m'avait montré la, la visiteuse, mes (.) en fonction des objectifs euh, elle m'avait montré où je me situais donc, déjà sur euh, il fallait vraiment euh. Je veux dire sur la quinzaine d'objectifs, je devais en avoir 3 ou 4 où j'étais un petit peu en-dessous donc elle m'a expliqué que je toucherai quelque chose au *prorata*, enfin, par rapport au pourcentage qui avait été estimé mais euh. C'est vicieux, parce que l'année suivante ils vont te mettre encore plus haut et puis.

M2 : Ca peut peut-être être positif pour ceux qui travaillent moins, qui ont moins d'activité, ça permet peut-être d'avoir un complément de (.) de rémunération.

M3 : Oui pour ceux qui travaillent moins.

M2 : Pour convenance personnelle ça peut être aussi donc euh.

M3 : Oh non à ce moment là c'est pas pour convenance personnelle. Tu peux pas faire médecine générale si tu veux pas travailler. Ou alors c'est parce qu'ils sont nuls à chier {rires de M2 et M3}.

M1 : Moi je savais pas qu'il fallait se manifester pour pas =

M4 : = Ben si, moi c'est en discutant avec M3. Bon M3 avait bien tout lu. Comme M3 lit toujours bien tout [M1 : Comme moi je lis pas tout.].

M3 : Merci, merci.

A : Du coup avec le paiement à la performance, vous avez l'impression de ne plus soigner de patients ? Vous faites euh, vous avez l'impression de faire ce que la caisse veut, mais pas forcément =

M3 : = C'est un risque. Je dis pas que tu (.) Non c'est un risque.

M2 : Mais on n'est pas obligés, on n'est pas obligés de respecter ! Tu peux très ben dire : « On fait pas » hein.

M3 : Pour le moment.

M4 : Tu le fais pas, tu toucheras pas ta prime. Ou alors tu toucheras que un tiers du maximum.

M3 : Oui non non, mais attends, {pointe son index vers M4} moi je pense plus loin que ça. Je pense que la caisse pour le moment propose de l'argent, mais ensuite va imposer des choses à ceux qui ont signé (.) Avec des sanctions s'ils ne respectent pas (.) Le risque il est bien là.

M4 : Oui.

M2 : {inspire} Bon je suis mal barré {rires}.

M3 : Attends, dans 4 ans c'est une nouvelle convention [M2 : Ah ouais ouais ouais.]. Mais, mais méfiance quand même hein, fais gaffe quand même.

M2 : Mais nous on n'a pas signé pour ça.

M3 : Ah moi c'est ce que je crains, voilà.

M1 : {glousse} Ah en fait il fallait dire « Non ».

M4 : Non c'est [M2 {rires} : Je refuse.] l'impression de plus être libéral là hein, je veux dire.

M1 : C'est trop tard.

M4 : Et puis oui, comme disait M3, le conflit d'intérêt quoi, c'est (.) [M3 : Ah ça oui.] Faut que tu prescrives tant de génériques. Bon moi les génériques je suis contre euh, chez la personne âgée (.) c'est euh (.) Ben c'est, ils pataugent déjà assez comme ça.

A : D'accord. Et quel type de rémunération vous semblerait optimal ?

M3 : Tu parles en quoi, en ? =

A : = En tout. On a le paiement à l'acte, on a le salariat, on a euh les forfaits, la capitation =

M3 : = Globalement, d'accord. Paiement à l'acte à 30 € (.) 35 même.

A : Est-ce qu'il y a des types de rémunération mixte qui, qui pourraient euh sembler plus intéressants ? Ou est-ce que c'est vraiment uniquement le paiement à l'acte qui, qui ressort du lot ?

M4 : Ah ben c'est ce qui est, c'est ce qui prédomine oui, je pense.

M3 : Pour moi c'est le paiement à l'acte.

M5 : Moi le paiement mixte me paraît bien. Avec une part de fixe et une part de variable pour motiver les gens, ça me paraît vraiment bien.

M2 : Paiement mixte pourquoi pas, avec un taux de l'acte, un prix de l'acte correct oui. Parce qu'après juste le paiement à l'acte c'est des, des usines à gaz quoi toujours.

M4 : Le paiement mixte, on en a un petit, on en a un petit peu en ce moment, quand on touche les ALD, c'est une sorte de paiement mixte ça. Mais bon, c'est pas, c'est pas suffisant. C'est sûr.

M3 : Oui mais plus, tu deviens dépendant de la caisse. Tu deviens dépendant de la caisse. Si ils te filent du pognon ailleurs, c'est pour te payer moins d'actes, avec des leurres. Hop, pour moi c'est ça.

M4 : Regarde les conneries avec toi là. Ils veulent pas te donner tes 40 € [M3 : Ah ouais ouais.] parce que tu es ton médecin traitant {rires de M3}. Ça je veux dire c'est (.)

M3 : Oui c'est vrai, faut que je râle {rires}.

M4 : {Pour A et O} Ils veulent, ils veulent que M3 rembourse ses 40 €, parce qu'il est en ALD, et qu'il est son médecin traitant =

M3 : = Je suis mon propre médecin traitant, donc ils m'ont envoyé 40 € {rires de A}.

{rires généralisés}

M4 : Et ils se sont aperçus que =

M3 : = Ils voulaient que je les rembourse. Alors je leur ai dit : « Mais ça va pas la tête, mais vous êtes malades ? ». Alors le directeur de la caisse -oh je lui ai envoyé quelques lettres insultantes- il a écrit que {rires} Qu'est ce qu'il m'a raconté ? Qu'exceptionnellement il re… il accepté de me payer. Alors j'ai dit « Bon d'accord, c'est gentil » mais c'est vrai que j'avais

pas encore pensé aux deux années précédentes, c'est sûr il faut que je leur redemande tiens {rires} mes 40 € {rires}.

M4 : Donc euh oui non c'est, c'est clairement le paiement à l'acte quoi. Parce que bon, je vois pas ce qu'on peut, je vois pas ce qu'on pourrait essayer d'autre hein.

M2 : Ben, ca simplifie les choses quoi je veux dire. Au moins c'est clair et net, y a pas (.) Voilà. Tu vas pas t'enquiquiner avec quelque chose d'autre =

M3 : = La philosophie des choses elle est pas compliquée en fait : {tape l'index sur la table pour énumérer} l'assureur assure, le médecin soigne, et les vaches seront bien gardées. La caisse elle fait son boulot, elle marque des patients au fer rouge, si elle veut. Ils se démerdent, c'est leur problème, c'est pas le nôtre. Enfin, pour moi hein. Pour moi. Moi je soigne, j'essaye de faire ça le moins mal possible, eux qu'ils essayent d'assurer le moins mal possible, ça sera déjà pas mal. Qu'ils viennent pas m'emmerder et je les emmerderai pas. {fait un mouvement de stop de la main} Basta. C'est (.) {rires} Pour moi c'est ça hein, c'est vachement clair. Même la convention, le secteur 1 euh, c'est un peu un piège à cons. Hein, quand on voit l'ASV, les, la, la retraite, puisque c'était ça la condition {inspire profondément, puis soupire} Ils reviennent toujours sur l'ASV, ils veulent pas la payer euh {soupire}. Le paiement différé ouais, quand t'acceptes un paiement différé avec les caisses euh, quand le moment vient de récupérer ta (.) ton paiement, ils disent : « Oh ben non on peut plus, on n'a plus de sous euh », ou je sais pas trop quoi, bon (.) Enfin voilà, mon sentiment c'est ça.

A : D'accord. Est-ce que vous connaissez euh, on en a déjà parlé un petit peu tout à l'heure mais euh, d'une façon un peu plus globale, les différents modes de rémunération dans les pays voisins ?

{silence}

M1 : Euh en Angleterre, ou Espagne me semble-t-il =

M4 : = Bon moi j'avais rencontré un médecin allemand y a 2 ans, en vacances euh. Il m'avait expliqué comment ça fonctionnait donc euh (.) {inspire profondément} Alors eux ils sont payés euh -bon déjà quand je lui ai dis combien on était payés nous euh {lève les yeux au ciel}- Donc eux visiblement ils sont quand même payés à l'acte, d'après ce que j'ai pu comprendre, et ils ont la possibilité de (.) [M3 : Ils additionnent les choses je crois.], d'additionner les actes, c'est-à-dire que (.) ils ont un forfait de base, ils font un vaccin ils ont le droit de rajouter quelque chose [M3 : Ils explosent l'acte.], ils enlèvent les bouchons de cérumen ils peuvent faire un truc [M3 : Ils prennent la tension (.) Oui oui, oui oui.], une désensibilisation (.) Donc du coup ils sont à, ils sont, ils sont dans les 30 euros je crois. 30-33 un truc comme ça.

A : D'accord.

M4 : Et du coup ça peut euh, assez rapidement monter en fonction de ce qu'ils font.

M3 : Oui, il faut rappeler quand même que une BM c'est plus cher qu'une R21 {rires}.

{rires généralisés}

M2 : Oui ou qu'une Renault Fuego.

{rires généralisés}

M3 : Donc bon =

M2 : = Et ouais.

M4 : Donc je sais pas quel était leur système avant puisque euh apparemment ils ont du faire quand même pas mal de sacrifices, d'après ce que j'ai pu comprendre, mais (.) ils restent quand même à un (.) un niveau de rémunération je pense supérieur =

M3 : {à M1} = Tu connais pas toi, le système allemand ?

M1 : Non. Je sais qu'en hospitalier ils gagnent pas beaucoup hein. Ils vont beaucoup sur les hôpitaux frontaliers hein.

M4 : Par contre je crois qu'ils n'ont pas de liberté d'installation. Il me semble qu'ils sont obligés de (.)

M3 : Autrement à la capitation =

M1 : = Je crois qu'ils accumulent des points [M3 : Ah oui, l'histoire des points.] pour l'installation. Ils ont des =

M3 : = Et puis y a un paiement aussi je crois, avec des points, des (.) Y avait un truc comme ça [M4 : Oui oui.].

M1 : Des « *Schwan* » ou je sais plus comment, des « *Kran* » je sais plus (.) Enfin ils accumulent des points euh, pendant leur, leur, leur formation, avant de pouvoir s'install… euh s'installer. Mais la liberté je sais pas.

M4 : {en s'adressant à M5} Après euh, les luxembourgeois, c'est sûr que ça reste la référence.

M5 : Le système est pas très différent du français hein, après le niveau oui, c'est plus élevé. Mais comme tous les métiers au Luxembourg finalement.

M2 : {en gloussant} Ouais.

M3 : Et les suisses peut-être aussi.

M2 : Les suisses on sait pas (.) C'est à l'acte aussi ?

M3 : Les suisses (.) Ben c'est des pays qui sont riches donc à priori (.)

M4 : Bon après l'Angleterre, bon ben c'est des médecins salariés de toute façon hein.

M3 : C'est à la capitation non hein ?

M2 : Est-ce qu'ils sont tous euh, salariés ?

M4 : L'Italie, c'est encore un autre système non ? Ah, quoique (.) Ils sont pas salariés les italiens ?

M2 : Ouais, je crois que les italiens aussi il me semble hein. Oui mais eux c'est un peu spécial non ? Y a pas un peu en plus cher sous la table non {rires} ?

M4 : Je sais pas il me semble que les italiens sont aussi (.) salariés. Bon après euh (.) En fait y a pas beaucoup de pays qui ont le paiement à l'acte.

M2 : Non je pense pas. C'est surtout par ici.

M3 : {ironique} Mais c'est pour ça qu'on a la meilleure médecine du monde.

{toussotement puis rires de M2}

A : Bon alors est-ce que vous seriez prêt à changer de mode de rémunération ?

M3 : D'après toi ? {rires}.

A : Je ne peux pas répondre à votre place, je me doute bien de ce qu'est la réponse mais =

M2 : = Être rentier quoi, je veux dire euh {rires}.

A : {rires} Et surtout pourquoi ?

M3 : Ben alors, si tu me salaries euh, à 20 000, d'accord. Tu payes ma secrétaire, machin (.) Moi je veux bien. 35 heures par semaine, c'est pas mal 20 000 euros. Tu payes ma secrétaire, tu payes mon local, je fais 35 heures, [M2 : Le local oui.] j'ai du temps de formation. Bon d'accord, je pars. Hein ? Mais voilà, il faut vraiment que les conditions soient, soient correctes (.) Et puis qu'on puisse pas revenir dessus tout le temps {rires}

M2 : Ah ça c'est pas gagné par contre.

M3 : Voilà pour moi {rires}. Après, vous ?

{silence}

A : Les autres, vous êtes du même avis ? {Pour M2} : Vous voudriez pas retourner aux mines ?

M2 : {hésitant} Ben (.)

M3 : Mine d'or !

M2 : Mine d'or ouais {rires}. Même de diamant, je connais quelques adresses, mais bon {rires}. {redevient plus sérieux} Ben faut voir quoi. Ou alors euh, médecin du travail au comité Miss France peut-être, je sais pas.

M3 : {douteux} Mouais.

M2 : Ca peut être pas mal aussi.

M3 : Oui mais il faut voir aussi les éclairagistes euh =

M2 : = Ah merde {rires}.

O : Non mais M2 quand A t'as posé la question tu avais l'air d'hésiter ?

M2 : Ouais, ouais, ouais, ouais, j'hésite. Je me pose des questions hein.

M4 : {étonné} Ah t'hésites quand même ?

M2 : Ouais, ouais.

A : Pourquoi, qu'est ce qu'il y avait de mieux euh, dans =

M2 : = Ah non, non non, je parle (.) A l'époque ?

A : Oui.

M2 : Ah, la première partie effectivement euh, je pouvais gérer mon temps comme je le voulais euh (.) {montre le dictaphone} Non coupe coupe coupe {rires}.

M1 : C'était un salariat ?

M2 : Ouais, le salariat, quand c'était que ça, euh je pouvais (.) Après c'était en fonction des échelles de salaire (.) Mais euh, si je voulais buller et faire 5 actes dans la journée, je faisais 5 actes. Donc euh. Après je faisais comme je voulais, si je voulais faire des renouvellements à 10 mois, je faisais 10 mois quoi. Y a pas la (.) En plus, la population était pas la même donc c'est pas, on peut pas tout à fait comparer donc y avait peut-être moins de, d'infectio, ben de pathologies infectieuses, comme y avait plus, plus beaucoup d'enfants quoi. Hein donc après c'est sûr que là, oui tu peux te dire « Ouais, je me la fais tranquille hein. Je me fais un mi-temps thérapeutique euh, avec un plein temps quoi ». Bon. Après effectivement, ça c'est l'optique salariat, donc c'est comme ça. C'est sûr que selon les endroits où tu es, y en a qui avaient plus de boulot que d'autres. Y avait une inégalité de toute façon euh. Voilà, donc après oui, quand il fallait ramer, aller chercher le client, j'étais pas venu dans l'optique là au départ quoi, donc euh. Après à ce moment-là autant faire du libéral : là tu sais que tu fais pour toi et pis -enfin en partie pour toi-

M3 : Ah oui, avec toutes les charges qu'on paye.

M2 : Maintenant euh (.) Ouais, y a forcément plus de, plus de charges et d'autres contraintes mais, y aussi entre guillemets la pseudo-liberté qu'on a quoi. {M3 acquiesce} On fait à peu près le (.) Voilà (.) Si un après-midi on n'a pas envie de faire euh 50 rendez-vous {mime quelqu'un qui barre quelque chose} Voilà, on raye nos cases et puis voilà. Donc c'est quand même euh, un confort.

M3 : Et dis donc 50 l'après-midi, et dans les mines t'as appris à bosser vite ! Vindiou !

M2 : Ah euh, j'ai quelques collègues [M3 : Il les reçoit par bus oui.], j'en connais qui étaient presque à ce rythme-là (.) Ouais. Je vais pas citer les noms mais {rires}.

M3 : {Montre le dictaphone} Coupe, coupe, coupe !

M5 : Ils font à la chaîne {rires}. C'est pas à l'usine ça plutôt qu'à la mine, le travail à la chaîne ? {rires}

M2 : Ah des fois, c'était euh =

M1 : = Alors 5 groupes de 10, ça le fait hein.

M3 : Oui (.) « Qu'est ce que vous avez tous ? Et ben allez ».

M2 : Oui voilà, c'était {fait mine de distribuer des feuilles de papiers} Hop hop hop hop, levez la main là (.) On fait des photocopies.

M1 : Il en faisait 15 d'un coup, d'un coup de crayon.

M2 : 15 d'un coup.

M1 : Et ça reste hein, des fois euh =

M2 : = Ah, des fois oui. Après voilà.

A : Et que pensez-vous du montant de votre rémunération rapporté à votre temps de travail ?

M4 : Ah ben c'est ridicule.

M2 : Attends, tu veux dire temps de travail ou après temps effectif ? C'est (.) temps de présence ou temps effectif ? Parce que des fois on est là aussi euh, sans avoir rien à faire.

O : Non, non, temps de présence hein.

M2 : Présence hein ?

M4 : Ben euh je pense que tu travailles quand tu es dans ton bureau, même sans patient.

M3 : Oui. Et tu travailles chez toi aussi, de temps en temps.

M4 : Oui, aussi.

M2 : {douteux} Ouais.

M3 : Oh ben si, tu peux faire de la formation =

M4 : = Ah non, là, le tarif horaire, c'est ridicule hein.

M3 : Rho, arrête eh.

M2 : Vaut mieux être euh [M4 : Ben si.] serrurier.

M1 : Oh arrête arrête !

M4 : Ben si attends.

M3 : Oh arrête, on n'est quand même pas si malheureux que ça.

M2 : Ah, quand le serrurier il vient tout de suite pour ouvrir la porte [M4 : Au tarif horaire, je suis désolé, je pense pas qu'on soit bien haut.], il a encore pas sorti ses outils que c'est 150 euros.

M5 : Moi je suis satisfaite. J'ai 30 ans, quand je vois ce que gagnent mes amis qui sont pas médecins, je suis contente. Bon après on fait de grosses semaines, c'est vrai. Encore que moi c'est particulier (.) En tant que remplaçante euh, je (.) j'organise un peu mon emploi du temps comme je veux.

M1 : Bon ça dépend ce que tu fais, t'as des choses qui sont extrêmement (.) rapides, où tu passes moins de temps. Après t'as des périodes où effectivement c'est plus dur.

M3 : {douteux} Mouais, bon.

M4 : Ben si, quand tu vois tout ce que t'as à faire à côté (.) Il faut que tu, tu regardes tes courriers, il faut que tu (.) [M3 : Bon allez, sors moi ta 2035 qu'on rigole {rires}.] Oui mais, par rapport à d'autres professions [M3 : On regardera que le chiffre du bas {rires}.] Je suis désolé, par rapport à d'autres professions qui n'ont pas notre euh, notre niveau d'étude =

M3 : = Oui bon d'accord, ça OK =

M4 : = C'est surtout par rapport à ça que =

M3 : = Oui mais tu aurais pu choisir d'autres professions, alors ça c'est ton choix c'est (.)

M4 : Bon (.) moi je trouve que c'est pas au niveau. Ridicule c'est peut-être un peu fort [M3 : Ouais, peut-être.]. Mais c'est, c'est insuffisant ça c'est clair.

{silence}

M3 : Moi je trouve pas (.) Je suis obligé de travailler beaucoup mais bon (.) Non ça me va (.) Bon si tu me donnes plus je veux bien hein, mais (.)

M4 : Oui mais tu fais pleins de tâches chez toi qui sont non rémunérées.

M3 : Hein ?

M4 : Tu fais pleins de tâches chez toi qui sont non =

M3 : = Oui. Oui oui, mais bien sûr. Ben oui. D'accord, OK. Mais bon euh (.)

M2 : Tandis que le serrurier, une fois qu'il est rentré, rideau.

M3 : Dans l'ensemble bon, moi j'ai pas le sentiment non plus d'être (.) Je vais pas commencer à faire des calculs.

M2 : Mais est-ce qu'on connaît les taux horaires, même je sais pas moi dans les garages comme, ou les plombiers, qu'est ce qu'ils gagnent ?

M4 : C'est sûr qu'on n'est pas malheureux, mais tu donnes de ton temps, c'est pour gagner de l'argent.

M3 : Oui mais j'aime ça aussi.

M4 : Ah ben oui ça d'accord mais ça c'est autre chose, c'est autre chose.

M3 : J'aime ce que je fais. Bon, c'est pas =

M2 : = Oui et comparativement à certains artisans.

M3 : J'ai de quoi vivre. J'ai de quoi vivre largement, ça va, merci.

M4 : Non mais c'est sûr, si tu nous compares à une femme de ménage, tu peux hurler. Tu peux dire que =

M3 : = Elle peut avoir fait de grandes études, parce qu'elle peut être agrégée en lettres, pis pas avoir trouvé de boulot {rires} {moue dubitative de A} Ça va toi {rires}, la modératrice, du calme {rires}.

M4 : Bon après ça euh, c'est mon sentiment hein, mais bon sur le plan « tarif horaire » je pense qu'on pourrait être mieux payés que ça, ça c'est clair hein.

M1 : Disons que par rapport à nos horaires, ils sont bloqués. Mais y a une certaine forme de largeur (.) On a des creux des fois. Bon c'est là que tu peux faire du travail administratif.

M4 : Après c'est le problème de la, de, de la revalorisation. [M3 : Le problème de la revalorisation c'est pour en faire moins peut-être. Et peut-être travailler autant mais de meilleure qualité. Donc avoir plus de plaisir dans ton travail.] Est-ce qu'on arriverait à en faire moins ? Je suis pas sûr que euh, je suis pas sûr qu'on puisse arriver à en faire moins hein.

M2 : Mais pour en faire moins il faudrait qu'on soit plus nombreux (.) Ou qu'y ait moins de patients.

M4 : On va pas dans le sens d'une (.) de moins de travail hein.

M3 : Oui, parce que, parce que à l'heure actuelle y a une telle demande, et que la demande est quand même tout à fait illégitime. {moue de M1} Oh ben attends, combien t'en vois qui viennent parce qu'ils sont vraiment malades ?

M4 : Ah oui, mais ça après, c'est un autre problème hein.

M3 : Bon (.) Celui qui vient pour son SUBUTEX®, c'est pas de ta faute, c'est pas de la sienne, c'est l'État qui a décidé ça {acquiescement de M4}. Et ainsi de suite. [M4 : Oui, c'est vrai.]. T'as combien d'actes qui sont euh (.) choisis par le patient et par le, et par le médecin ? Y en a pas beaucoup hein : « Je viens parce que je suis obligé ».

{silence}

M3 {se justifie} : Ben parce que tu veux pas me donner à renouveler pour plus de 6 mois.

{silence}

M3 : Tu vois ?

M4 : Oui mais enfin, on en fait de plus en plus des renouvellements hein.

M3 : Oui, oui oui. Mais euh (.) Non c'est =

M4 : = Je suis pas convaincu que si tu augmentes ton C, t'arriveras à travailler moins. Ça j'ai du mal à =

M3 : = Non, non je suis d'accord avec toi. Je suis absolument d'accord avec toi, je serai comme toi je travaillerai tout autant.

M2 : Faut augmenter la part qui soit pas remboursée alors.

M3 : Mais dans un contexte qui donnerait plus de plaisir et de meilleur qualité (.) Plus d'efficacité peut-être, et plus de plaisir pour moi sûrement. Ça c'est sûr.

M2 : Est-ce qu'il faut, est-ce qu'il faut pas augmenter =

M1 : = Ben ça dépend, des fois tu veux pas forcé… [M3 : Enfin, après je parle pour moi hein. Enfin, voilà.] Oui, ou des (.) {pour M3} Non mais il parle de l'augmentati… C'est vrai, c'est pas parce que tu augmentes le C euh (.) C'est vrai, effectivement, ça va pas te raccourcir tes, tes journées quoi.

M4 : Non, ben non, non non. Ben non, ça c'est évident hein.

M3 : Mais si tu, si tu dis « Il me faut euh », je sais pas combien moi, tu donnes un chiffre 100 000 pour euh, pour vivre -de bénéfs- enfin ou 80, ça serait déjà pas mal (.) Pour y arriver, il faut tant d'actes pour euh (.) À 23. Si ils sont à 40, ben il t'en faut moins. Après, c'est pas sûr que ça réduise ton temps, ça c'est autre chose.

M1 : Mais, mais dans le <u>temps</u>, c'est pas le <u>C</u> qui, qui, qui fait que tu fais la journée là. C'est parce que t'as (.) des personnes euh (.) Tu travailles pas pour avoir le, le, le, pour avoir un (.) Si tu travailles de 7h jusqu'à 19h =

M3 : = Ouais, ouais ?

M1 : Je veux dire euh, des fois y a, t'as moins de C, c'est en fonction de la saison, ça, ça bouge.

M3 : Bôf oui. Bon.

M1 : Tu travailles pas (.) pour le, pour le C.

M3 : Non, toi tu travailles pour le pognon, ça je sais bien [M1 : Les gens ils appellent euh (.)] {rires}

M1 : Ben, pas forcèment =

{= rires de M3}

M3 : Rho attends, eh on va pas jouer les anges au paradis hein [M2 : Non.] {rires}.

M2 : Pour le plaisir, pour le plaisir on travaille.

M3 : Ne l'écoeure pas {montre O} <u>lui</u>, il est pas encore médecin vous allez lui dire qu'il travaille pour la beauté du geste euh.

{rires de M1}

M1 : Non mais si on te disait, si on te disait : « Voilà, y a plus de, y a plus de, y a plus de C », ça changerait quoi dans ta journée, tu dirais « non » aux gens parce que tu as eu suffisamment ? Non tu le ferais pas. Donc ça change rien [M4 : Ben oui.].

M3 : Mais c'est pas ça =

O : = Vous pourriez euh, réduire votre temps de travail ?

M3 : Ce que je te dis c'est que tu peux faire des C =

O : = Si vous le désiriez, est-ce que vous seriez capables de réduire votre temps de travail en fait ? Ou est-ce que c'est quand même conditionné par le =

M4 : = Euh, à l'heure actuelle euh {soupire}.

M1 : Ben nous oui ben non c'est conditionné par euh (.) Y a une pression morale quand même. Y a quelqu'un qui appelle euh : « Je vais pas bien », tu peux pas l'envoyer bouler quand même.

M2 : On peut toujours hein. Après, si on s'en rajoute ou qu'on s'enlève des plages horaires pour les rendez-vous, après, après soit c'est reporté ailleurs, ou sur les autres collègues ou, ou pas [M4 : On peut toujours prendre une journée mais (.)]. Ca dépend aussi des moments de l'année, c'est vrai qu'y a des moments où c'est plus, c'est plus calme, pis y a des moments moins.

M1 : C'est sûr que si en été tu as moins de travail, tu peux répartir, c'est différent.

M3 : C'était quoi ta question ?

O : Est-ce que vous seriez capable, enfin est-ce que vous pourriez si vous le désiriez, réduire euh, votre temps de =

M3 : = Ah, si on le désire, comme ça. Là, à l'heure actuelle, dans les conditions actuelles, non.

M1 : Ben non, c'est pour ça, c'est indépendant du C.

M3 : Ah non, je crois pas non. Dans les conditions actuelles ? Non. Au contraire même, on est obligés de freiner des quatre fers, en plus t'as X qui s'est barré là-haut. Tous ces patients arrivent et ainsi de suite, et ça va être de pire en pire donc euh (.) Même si on veut je crois pas qu'on puisse réduire beaucoup (.) Ou alors oui c'est, c'est, tu vas avoir des, des journées complètement folles quoi, les journées où tu bosses.

M2 : Voilà donc euh (.) Après c'est un choix, tu récupes une journée, voilà tu te (.)

M3 : Tu sais que le lendemain, tu (.)

M2 : Qu'y aura plus à faire, voilà donc euh.

A : Et à combien est-ce que vous estimeriez votre revenu pour 35 heures euh hebdomadaires de travail, en tant que salarié ? =

M3 = Combien ça nous donnerait maintenant ? [M2 : {pour A} En tant que serrurier tu veux dire ? {rires}.] C'est quoi ta question ? Allez recommence, recommence à zéro. Vas-y, pose la question je répondrai =

A : = À combien est-ce que vous estimeriez votre revenu pour 35 heures hebdomadaires.

M4 : Si on ramenait le temps de travail à 35 heures.

M3 : Oh faudrait du (.) En bénéfices donc ?

O : Oui, en nets.

M3 : Ouais, c'est-à-dire le bénéfice.

M4 : Ben tu divises euh, tu divises par 2 hein, parce que de toute façon on fait quoi, on fait au moins 60 heures [M3 : Voilà, divisé par 2 {rires}.]

M2 : Faut diviser par 2 ce qu'on gagne ? Euh (.)

O : En fait la question c'est si on vous proposait un poste de médecin généraliste en centre de santé, combien est-ce qu'il vous faudrait pour accepter ce travail ?

M1 {rires, pour M2} : Il a dit 20 000 ! {rires}.

M3 : Attention ! Attention hé hé hé hé hé. Au début l'anonymat était théorique, faites gaffe, n'oubliez pas, ne parlez pas de chiffres {rires}.

M5 : Moi comme ce que je gagne maintenant, ça me va.

M2 : Les remplaçants sont trop payés. Parce que vu la caisse qu'il y a devant la porte euh {rires}.

M3 : On travaillait en 4L à l'époque.

M2 : Et t'as combien, 60 % ! Mais baissez-la à 40 hein {rires}.

M5 : Je travaille pas pour 60 moi {rires}.

M2 : Tu travailles pas pour 60 ? Nous on travaillait à l'époque pour, pour (.) 60.

M4 : Non moi c'était 70 moi.

M3 : Moi je sais plus. Non, c'est vrai que c'était variable.

M2 : L'exploitation {rires}. Va falloir qu'on revienne à des choses plus raisonnables.

M5 : C'est la loi de l'offre et de la demande hein : peu de remplaçants, les prix flambent {rires}.

A : Les autres, pour 35 heures ?

M4 : Ben moi, moi on m'a proposé un poste hospitalier à (.) {rires de M3} 5 600 euros, j'y suis pas allé.

M3 : Et t'as eu raison, parce que l'hôpital s'est cassé la gueule {rires}.

M2 : C'est pas faux.

M3 : Et là tu serais en train de pointer au chômage.

M2 : Au RSA {rires}.

M4 : Donc on est parti haut, on a descendu, on a descendu, 5 600, j'y suis pas allé donc euh.

M3 : Donc c'est plus =

M4 : = Donc c'est plus que 5 600 {rires}.

M3 : {étonné} La vache ! M4 ?!

M4 : Bah, tu sais combien gagne un, un médecin qui commence au Luxembourg hein ? C'est 7 000 ! Qui commence, tout de suite.

M3 : {soupire} Oui mais la vie est plus chère.

M2 : C'est vrai qu'on est biaisé par la référence du Luxembourg.

{sourire de M5}

M4 : Oui.

M2 : C'est pas la même vie hein, c'est pas le même niveau.

A : Et les autres, combien pour euh 35 heures, à peu près ?

M3 : {soupire} Pour 35 heures.

M2 : Faut que tu me mettes 12 000 hein {rires}. Non, non [M4 : Non, on serait pas à 12 000. Je pense que (.) entre 7 ou 10 000 euros je pense.]. Après ça dépend de l'ancienneté, de (.) Voilà.

M4 : 7 000, 35 heures, voilà.

M3 : Oui ça donnerait à peu près ça.

M2 : Ca va aller entre 7 et 10 000, en fonction de l'ancienneté, et tout ça quoi.

M3 : Attends pour 35 heures, en bénéfs, 7 000 ? Non, ça va pas eh, tu fais moins que ça (.) Et si tu fais 60-70 heures, qui ferait 7 000 de bénéfs. Fois 12 t'arriverais à 84 000 euros euh. Ah oui, c'est pas mal en fait.

M4 : T'es pas loin hein, je pense.

M3 : {plus bas} Ouais, ouais. Je vous laisse répondre {rires}. Ah c'est des questions qui gênent hein. Bon après toi t'as pas les congés payés, t'as pas tout ça. En plus.

M2 : Oui, le crédit formation c'est sur que (.)

M4 : Oui après si tu mets ça dans la balance, tu peux lâcher un peu de leste. Bon encore euh (.) Oui, un petit peu moins de 7 000 peut-être, ouais.

M2 : Ouais. En gros.

M3 : Enfin, une misère quoi.

{rires généralisés}

M2 {en montrant le dictaphone} : Chut, coupe ! {rires}.

M4 : Ben (.) Il dit qu'on a un tarif horaire qui est correct, et puis (.) tu dis qu'on gagne une misère.

M3 : Eh oh {rires}. Eh attends, c'est toi qui disait que (.) tu es pas assez payé, c'est pour ça que j'ai dit une misère.

A : {pour O} On conclut là-dessus ?

O : Oui oui, c'est bien. Merci à tous.

M3 : Bon, tu nous diras ce que ça a donné, combien on mériterait d'avoir {rires}.

O : Oui, mais vous savez que j'ai posé cette même question aux patients, ça volait moins haut !

M2 : Ils vont nous faire gagner 2 000 euros {rires}.

M3 : Ah non mais attends, ils sont sidérés les gens. Ils sont sidérés. On est riches !

M1 : Bon cela dit t'as quand même certains de ceux qui sont (.) salariés euh. Par exemple ben méde…, ceux qui font médecins, médecins scolaires et tout ça, ils sont quand même à 1 600 - 1 700, c'est pas beaucoup hein !

M4 : Ah oui, oui. C'est une catastrophe ça.

M3 : Ah oui, oui oui. Ou même certains PH hein, des PH =

M1 : = Oui t'as des PH euh (.)

M4 : Ah ben dans le public euh.

M3 : Dans le public, ils gagnent 3 500 - 3 600.

M2 : Ouais un truc comme ça.

M3 : Bon ça va, c'est bien hein. Mais bon, c'est pas (.)

M1 : Bon y a peut-être moins à gérer, mais les heures elles sont là quand même. Regarde en PMI, X, combien elle gagne. Ceux qui veulent faire PMI euh, c'est quasiment euh =

M4 : = Ben oui, X elle touche pas grand-chose avec sa vacation là hein. Tous les vendredis matins elle =

M1 : = tu peux espérer euh 1 500 à 1 600 (.) Bon encore euh, ça c'est quand tu commences en PMI.

M4 : {dubitatif} Ouais.

M3 : Oui mais ça c'est des vocations hein {rire étouffé de M2} {rires}. Moi j'entends pas la petite voix qui dit : « M3, tu feras de la médecine {rires} Tu feras de la PMI ». {fait semblant de parler à la « petite voix » en regardant autour de lui} Mais ta gueule {rires}, ta gueule nom de Dieu {rires}.

M1 : Ben même si c'est une vocation, ça te dissuade quand même. Même si tu travailles pas pour l'argent.

M2 : Oui, t'espères quand même avoir un revenu correct.

M3 : Oh ben il faut que t'aies du plaisir. Si t'as du plaisir à le faire.

M1 : Ouais mais bon, si tu peux pas suivre derrière euh.

M3 : Ah ben oui, si tu as que ça pour vivre, tu vas pas aller loin. D'accord {rires}. Bah, tu peux aller bosser en vélo, mais bon. Enfin voilà (.)

M2 : Ça fait facteur.

M3 : Voilà.

{silence}

M2 : Alors (.) Attendez, en plus on a la rémunération aussi en nature aussi. On a des œufs, des (.) lapins, de la gnôle. P'tain j'en ai eu de la gnôle moi hein {siffle}.

M3 : Où, dans les mines là-haut ?

M2 : Oh la, oui.

M4 : Oh ben même encore ici un petit peu.

M3 : Oui, ici encore aussi, mais moins quand même hein. Là-bas, c'était =

M4 : = Oh si, des bouteilles de champagne à Noël.

M2 : Ah le champagne ouais, mais là-haut de la gnôle {rires}.

M3 : Et de la bonne, celle qu'on prend pour descendre au fond de la mine !

M2 : Ah oui, des trucs qui tiennent au corps hein, je veux dire. Une boisson d'hommes quoi {rires}. Ah non, mais aussi des gâteaux et tout, j'en passe et des meilleures hein.

A : {rires} On s'arrêtera là pour ce soir. Merci beaucoup.

M3 : Et ben écoutez, ben voilà (.) Amusez-vous bien.

FIN DE L'ENREGISTREMENT

Annexe : Focus Group n°3 du 14 mai 2012

Normes de retranscription :

= est indiqué à la fin de la prise de parole d'un des participants et au début de celle d'un autre pour indiquer que le second reprend la parole sans laisser d'interruption, voire l'interrompt, et que le premier lui laisse la place.

[ ] est utilisé pour montrer que deux personnes parlent en même temps.

(.) est utilisé pour marquer une pause courte.

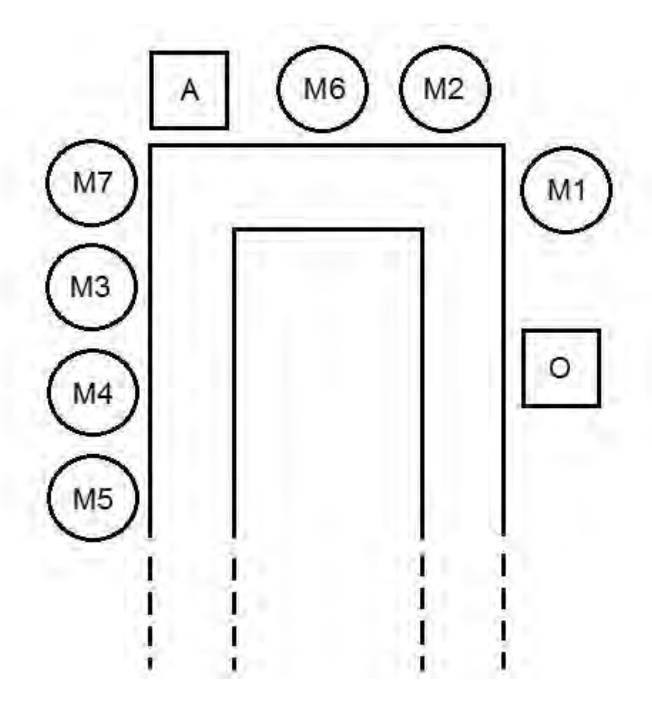
… signale une omission ou quelque chose d'inaudible.

{ } pour toutes formes de précision, souvent relatives au ton ou à des gestes.

On souligne les mots pour marquer une insistance et on met en MAJUSCULES les moments où les voix se font particulièrement fortes.

M représente un médecin, A l'animatrice et O l'observateur.

Disposition :



Verbatim :

A : On va commencer par la première question euh, qui porte sur les satisfactions que vous éprouvez avec le paiement à l'acte.

{silence}

A : {en désignant M1 de la main} Donc on peu commencer par M1. Quelles sont les satisfactions que (.) que vous avez avec ce paiement là ?

M1 : {inspire profondément, puis toussote} Ben je sais pas, une sorte de (.) une sorte euh (.) {réfléchit en triturant son stylo} Le qualificatif que je donnerai en premier c'est la responsabilité de (.) Ça représente un critère de responsabilité de sa pratique médicale {sourit}. Voilà.

{silence}

A : {dubitative} Pour les autres ?

M5 : Donc ça conclut la consultation, de toute façon. Et effectivement, voilà. La personne qui est en face de vous elle doit régler, c'est clair. Pour la prestation.

A : D'accord.

M4 : C'est la juste rétribution de notre investissement intellectuel.

{toussotement d'un participant}

A : Vous êtes tous d'accord avec ça ?

M3 : {hésitant} Mouais {rires} =

M4 : = Ou alors c'est la rétribution <u>juste</u> peut-être de =

M3 : = Moi j'aime pas le paiement à l'acte. Parce que (.) Ça correspond pas à ma philosophie euh, de la médecine. Mais bon, faut bien qu'on soit payé donc bon. C'est le mode de rémunération quoi. Mais si j'étais salarié, ça changerait rien (.) Faut que je sois payé au moins pareil hein {petit rire contenu}. Avec euh, pas plus de contraintes. À <u>travail</u> égal, être salarié ou à l'acte je m'en fous.

M4 : Y a quand même euh, ton acte de payer par (.), ton acte payé par le patient, y a quand même la matérialisation pécuniaire [M3 : Hmmm Hmmm ?], de la confiance qu'il place en toi =

M3 : = Ouais, mais ça c'est comme du (.) le choix du médecin. Y a de ça. Oui, oui, je suis d'accord avec toi, {triture son stylo} pour dire que du côté du patient, c'est pas pareil que de notre côté à nous. Mais euh, tu travaillerais (.) Si tous les mois tu toucherais la même chose en salaire, est-ce que tu travaillerais moins bien ? Mieux ? Tu deviendrais euh un fonctionnaire ? T'essaierais plus euh, de satisfaire tes patients ? [M4 : Non ça sûrement pas.] Voilà, donc c'est ça que je voulais te dire. Enfin je veux dire, c'est pas lié à ton efficacité =

M5 : = Je suis pas certain que, que ce soit si simple. Le (.) Je suis pas certain. Le fait d'être rémunéré, voilà. On a plusieurs types de rémunération : {énumère sur ses doigts} donc y a l'acte qui clôture la consultation, y a l'acte qui clôture la visite, y a l'acte qui diffère quand tu es de garde -garde de nuit etc- C'est pas euh. Je veux dire, on fait quand même un effort la nuit pour se lever, pour euh, pour aller, pour aller voir quelqu'un, c'est logique qu'on soit rétribué derrière. Et dans certains actes, quand les gens te disent euh : « Ben écoutez on vous file une carte de CMU », contre un paiement effectif, ou quand les gens se défilent c'est pas (.) Quelque part on a l'impression d'avoir été, de s'être fait avoir =

M3 : = Oui mais c'est pas le paiement à l'acte lui-même qui est responsable de ça. Les gens vont même raconter des bobards à Médigarde pour te faire venir, alors que quand t'arrives sur place, la description clinique qu'ils t'ont donnée correspond absolument pas à la réalité. On a (.) toujours des gens qui fonctionnent comme ça. Et je suis pas (.) L'idée de paiement à l'acte. J'sais pas t'es payé, t'as une astreinte, j'sais pas imagine euh, demain on te file 1 000 euros d'astreinte euh, pour ta garde, tu touches pas un radis euh (.) Tu touches euh, allez on te donne rien du tout, bon. Ce qui va être pas bien, c'est que des fois t'as des gens qui vont te raconter des bobards pour te faire venir, mais toi dans ta manière de travailler -je parle pas des patients-, dans ta manière de travailler je suis pas sûr que ça agisse. Du moment que t'es payé.

M5 : Ben justement, l'astreinte de garde, c'est bien utile, ça permet de garder des médecins sur leur terrain. Mais, ça m'a pas empêché moi d'arrêter de prendre des gardes depuis quelques mois mais euh (.) Je trouve que ça a quelque chose d'asservissant.

M4 : Quand les patients me demandent moi : « Pourquoi, pourquoi on continue de payer ? », je leur redonne toujours la définition qu'on avait vu en (.) deuxième ou en troisième année de médecine, où ils disaient que le (.), la consultation médicale était un {plus lentement} contrat synallagmatique onéreux (.) D'accord ? Parce que je pense qu'il y a toujours euh (.) Le patient, à la fin, à la fin d'un consultation, même si tu sais au départ qu'il t'a choisi comme médecin traitant et qu'il a placé sa confiance en toi, et que toi tu vas lui donner le meilleur de tes connaissances, je pense qu'à la fin, même si c'est symbolique -alors ça pourra être par la suite matérialisé par le simple fait de donner sa carte vitale, ou on encaisse soit de l'argent, soit des points, soit (.) {acquiescement de M5}- Euh, je l'ai vu y a une consultation. Ou alors si c'est une consultation longue y a 10 points, si c'est une garde y a 30 points, c'est (.) Mais à un moment donné ou à un autre, je pense que (.) je reste attaché moi à cette nécessité, pour le patient, en fin de consultation, d'avoir, un acte où moi j'ai donné, lui il vient, il est passif, il dit ce qu'il a. D'accord ? Moi je donne, je donne de mon (.) je donne de mes connaissances. En retour, en retour c'est un service qui doit rester, qui doit rester payant pour le patient. Quelque soit la manière de payer. Donc le paiement à l'acte, je pense qu'une partie de notre rémunération -quand tu disais tout à l'heure, si on devient tous fonctionnaires- Je suis pas sûr qu'en étant fonctionnaire je continuerai à travailler 55 heures par semaine.

M3 : Voilà, mais, le problème il est là, c'est-à-dire que le mode de rémunération (.) Bon, là on a beaucoup discuté des patients. Et c'est vrai que pour les patients, y a l'axe, {se reprend} y a l'acte symbolique de payer ce qu'y a etc etc. Je suis tout à fait d'accord avec toi. Mais moi, de mon avis à moi en tant que médecin, je m'en fous. Maintenant que c'est vrai, moi j'ai fait des remplacements de différents types, j'ai fait du salariat, j'ai fait du, du, j'ai bossé à la mine. La mine c'est hyper-pervers : je veux dire, t'as 50 personnes qui viennent, y en a la moitié qui vient pour des bons de transport, des bons d'envoi chez le spécialiste, parce que

c'est hyper-administratisé. C'est hyper-administratif, ça correspond pas à du bon boulot point de vue médical. Les gars ils viennent, chaque fois qu'ils passent devant un dispensaire, il va venir juste pour voir si tout va bien, tu vois c'est. C'est du n'importe quoi [M4 : Parce qu'y a pas l'acte.]. Là on est dans l'extrême. Mais à l'acte, y a des confrères euh ils multiplient le nombre d'actes, etc etc. Y a les deux extrêmes. Et je suis persuadé qu'y a un juste milieu. Parce que moi la consultation à l'acte, avec toute la gestion qu'y a, qu'y a derrière euh, {soupire} ça ça me plaît pas quoi. Ça me gonfle de faire la compta, ça me gonfle euh, voilà. Moi je vois ça. Pis quand on me paye à l'acte, faut que tu rentabilises. Ça, ça ne me plaît pas.

M2 : Je pense que ça fait aussi partie de la relation, comme avec n'importe quel, n'importe quel professionnel : on a un plombier, on doit le payer à la fin, à la fin de son travail. Et je pense qu'en dehors du fait qu'on soit médecin, ça fait aussi partie de la relation avec un (.) patient euh, d'avoir un, un paiement à la fin. Je pense que pour le patient, finalement y a un professionnel de santé, mais on reste un professionnel. Donc que ce soit un professionnel du bâtiment, un professionnel autre, ça reste un professionnel qu'on va rétribuer à la fin de, de son travail =

M3 : = Ouais, mais y a pleins de professionnels qui sont payés, qui sont salariés euh. Tu payes à l'entreprise, pour avoir une prestation et =

M2 : = La relation est peut-être pas la même, enfin je sais pas quand on a euh =

M3 : = Si les gens ont la possibilité de choix, c'est parce que (.) Par exemple à la mine, ce qui était mal vécu, c'est qu'on leur bombardait un médecin, pis qu'ils avaient pas le choix hein {acquiescement de M2}. Donc euh, c'est sûr que la relation de confiance avec le médecin existait pas toujours. Mais elle était pas que liée à ça. Bon pis y avait du syndicalisme derrière, y avait beaucoup de choses qui biaisaient le, la relation médecin-malade. Et euh, je pense que plus elle est saine, plus elle est naturelle, la relation est bien. Et moi le fric ça me gêne, j'ai jamais voulu faire du commerce ou quelque chose comme ça, puisque j'aime pas ça {sonnerie de la porte d'entré, O se lève pour aller ouvrir} … Donc moi ça me gêne. Je préfèrerais être salarié, j'ai pas l'impression que je travaillerais moins bien.

M1 : Mais là comme tu parles, tu émets un jugement de valeur on dirait. Nous on essaye d'expliquer que =

M3 : = Non, non. J'explique bien que c'est par rapport à moi-même hein, c'est pas (.)

M1 : Euh, un peu quand même, malgré tout [M4 : Ouais, c'est sûr.]. Parce que, nous on essaye d'expliquer un petit peu que le {inspire profondément}, la fin d'une consultation, le (.) Ce qu'on appelle honoraires quoi, comme un artisan, même si c'est pas chiffré. Moi comme je disais tout à l'heure, ça me sem…, ça me, ça me rend responsable, ça veut dire que, la somme étant fixée par des conventions, mais je reste quand même libre d'accorder le temps que je veux euh. Par exemple je vais pas quantifier, je vais pas compter les minutes etc, tu vois ? {acquiescement de M3} En restant dans un somme un peu symbolique, je reste très libre, je reste à 100% responsable de ce que je fais, au point de vue responsabilité professionnelle, et à tous points de vue =

M3 : = Moi je le relis pas euh, au paiement à l'acte ça.

M1 : Mais c'est une façon de voir les choses mais (.) toi c'est une autre façon aussi.

M4 : Le m..., le mot important que t'as employé c'est symbolique [M1 : Ouais.]. Y a un symbole, y a un symbolisme fort, à la fin de la consultation {pour M2}, c'est ce que tu disais aussi. À la fin de la consultation, le, le patient fait un acte, de te remercier.

M1 : Maintenant ce qui gêne un peu les gens c'est la notion de (.) [M3 : Oui mais moi je te parlais de ma vision des choses de mon côté, pas du côté du patient, ça je suis pas contre.]

{O revient accompagné de M6, qui va s'installer sur la place vacante entre A et M2}

M6 : Bonsoir.

M4 : Bonsoir.

M6 : Excusez-moi, du retard.

M3 : C'est pas grave.

M1 : Ça a toujours existé d'ailleurs. Par exemple si on prend le, le, le, le milieu rural par exemple. À une certaine époque euh, les, les médecins étaient payés à la Saint-Martin, quand y avait les récoltes quoi. Donc c'était un peu, en même temps les gens euh.

M4 : {pour M6} Désolé pour vous, mais vous êtes obligatoirement le numéro 6.

M6 : {rires} Parfait.

A : Alors, juste pour, enfin, juste pour vous préciser un peu où on était [M6 : Oui, merci.], on en était simplement au début du focus, et on est en train de parler des satisfactions et des insatisfactions du, que vous éprouvez par rapport au paiement à l'acte.

M6 : D'accord.

A : On a balayé déjà les deux champs, puisque, l'un emmène l'autre. Donc euh, si vous voulez nous donner votre opinion euh ?

M6 : {réfléchit} Euhhh, c'est sûr que le paiement à l'acte euh, y a, y a quelques (.) Quand on est payé à l'acte, c'est un petit peu euh restrictif en fait. Donc c'est euh (.) Moi j'aimerais bien être salariée par exemple. J'aurais aucun problème à être salariée [A : D'accord.]. Parce que justement je sais pas, on compte pas donc euh, je suis absolument pas =

A : = C'est-à-dire que c'est moins contraignant ?

M6 : Ouais. Ah oui je pense. Je pense que c'est moins contraignant oui. Je suis pas du tout attachée au côté libéral. Et puis donc là, y a (.) La sécurité sociale a, a mis en place de nouvelles choses justement, par rapport au (.) Y a des forfaits mais bon (.) Ou je pense que la qualité de notre pratique ne dépend pas forcément de, de l'argent qu'on met euh (.)

A : Ne dépend pas forcément de la façon dont vous êtes rémunérés.

M6 : {acquiesce} Non, je pense pas.

M4 : Mais alors quand tu, quand on part sur la base de, sur la base du salariat. Si on part sur la base du salariat, vous (.) On est payés un salaire fixe mensuel, ou alors il est modulé en fonction de votre activité ?

M3 : Tout est possible.

M6 : Oui, tout est possible.

M4 : {plus directif} Non, il est, ou il est pas ?! C'est pas tout est possible. Parce que moi je vais pas bosser 35 heures pour =

M3 : = Si tu bosses 40 heures, tu gagnes pas pareil que si tu bosses 45, évidemment.

M4 : Donc il est modulé à l'acte =

M3 : = Il est modulé à ton activité, mais ton activité n'est pas obligatoirement (.) acté. Ou alors quand des gens viennent euh, et qu'ils ont 4 ou 5 motifs de consultation, tu fais pas (.)

M6 : Oh ben oui, tu fais pas payer 4 fois =

M4 : = En Allemagne c'est ça hein !

M3 : Ouais je sais, même au téléphone. Tu peux tirer le truc-là dans tous les sens [M6 : Ben oui hein.] et euh. C'est pour ça que (.) J'ai rien de particulièrement contre la paiement à l'acte, c'est juste que ça entraîne par ailleurs, ben l'activité libérale, ça entraîne la comptabilité, et ça ça me gonfle terriblement. Voilà

M6 : Ouais, moi pareil. Moi c'est la même chose.

A : En fait vous voudriez un système qui soit moins contraignant au niveau administratif [M6 : Ouais.], mais qui vous permette comme, quand même d'avoir euh, ce que vous connaissez là actuellement avec le paiement à l'acte, c'est-à-dire euh [M3 : Un même niveau de vie.] Ben plus je travaille, enfin plus je fais d'actes et plus je gagne.

M3 : {ravi} Ouais.

M5 : On n'est pas des libéraux hein je (.) On n'est pas des vrais libéraux [M3 : Oui je sais.]. Parce que les patients sont remboursés hein, mais on est des libéraux parce que ça nous permet de gérer notre temps de travail [M4 : Temps de travail.]. Et si on était pas des libéraux, on ferait pas ce qu'on fait au jour d'aujourd'hui. Euh, moi je trouve que le paiement à l'acte c'est pas mal. Euh, j'ai une satisfaction effectivement à la fin de la journée en me disant : « Ben voilà, j'ai travaillé, je vois que j'ai travaillé ». Ou alors : « J'ai rien foutu de la journée, je me suis cassé les pieds, mais ça m'a permis peut-être de, de m'avancer au niveau administratif, au niveau compta ou sur d'autres domaines ». Euh, je suis d'accord pour dire que la consultation (.) Enfin, moi je suis, les lettres clés je trouve ça très bien fait : le C, qu'on passe euh, 10 minutes avec un patient parce qu'il est là pour une simple angine, ou qu'on passe une demi-heure parce qu'il a fallu prendre son temps. Je crois qu'on est, {pour M3} qu'on est pas là effectivement pour compter notre temps euh, l'histoire du 10 points pour tel truc parce qu'on a passé un certain temps, je pense pas que ce soit une bonne solution.

{Grincement de porte, apparition de M7, qui possède les clés de la salle de réunion}

M7 : Bonsoir.

M2 : Bonsoir [M6 : Bonsoir].

M4 : Bonsoir.

{M7 s'installe entre A et M3}

M5 : Donc l'histoire de, je pense que le, l'histoire d'un salariat véritable euh, fonctionnant sur 40 heures, ou 45 heures, ça sera pas comme ça, ça sera un système de capitation : vous suivez tant de patients, vous serez payé de tant, quelque soit le temps que vous passez (.) avec vos patients. Après y aura une tarification en fonction du nombre d'invalides, en fonction du nombre de gens âgés etc. {vers M6} Je pense que ça sera beaucoup plus compliqué parce qu'il faudra rendre encore plus de comptes etc.

M6 : Peut-être je sais pas.

M5 : Moi je trouve quand même que la comptabilité, c'est pas si compliqué que ça hein.

M3 : Mais c'est chronophage, c'est tout. J'ai pas dit que c'était compliqué, c'est comme tout le reste {soupir}.

M5 : On a des C, des V, des consultations nourrissons, euh de jeunes enfants, on a aussi des lettres CCAM, c'est amusant à faire.

M3 : Oui mais y a pas que la compta là, y a toute la compta qui est liée à l'exercice libéral. C'est pas que ce qui rentre au niveau argent [M6 : Oui, y a les dépenses, y a les (.)]. T'es quand même libéral, pour la compta, il faut que tu comptabilises tout.

M5 : Ça nous astreint quelque part à une certaine rigueur, et c'est une rigueur quelque part qu'on est censé (.) qu'on doit avoir =

M3 : = {soupire} Ça n'a rien à voir avec la rigueur <u>médicale</u> [M2 : Est-ce que ça changera avec le salariat ?]. Mais c'est pas de la médecine quoi.

M6 : {pour M2} Ben le salariat on compte pas nos charges, on compte pas l'essence qu'on dépense euh, les pansements qu'on achète ou je sais pas quoi moi.

M4 : Ben ça moi ça me prend une demi-journée par an. Le reste, c'est le comptable.

M5 : Moi je le fais tout seul.

M3 : Moi je le fais aussi {rires}.

M2 : Faut épouser un comptable.

A : {pour M7} Euh, je vous précise juste où nous en sommes [M7 : Oui.]. Donc le sujet de la thèse, c'est les rémunérations des médecins généralistes. Et on vient d'aborder le premier sujet qui, qui fait beaucoup parler, et qui est en fait les satisfactions et les insatisfactions que vous éprouvez par rapport au paiement à l'acte.

{M7 réfléchit}

M5 : En plus si je peux me permettre de rebondir, parce que c'est pas facile d'arriver comme ça (.) La lettre clé, donc le paiement à l'acte oui il est symbolique, oui il est conventionnel, mais il implique aussi beaucoup de choses au niveau de la convention, c'est tout (.) Je veux dire, la retraite c'est calculé en fonction de la lettre clé C, je veux dire c'est beaucoup de

choses qui en découlent, dont on n'a pas forcément conscience en fait quand on, quand on exerce euh, au jour le jour.

A : Oui, d'accord.

M5 : C'est pas que une histoire de revenus à la fin de la journée, à la fin du mois ou à la fin de l'année hein.

M2 : {vers M3} Moi y a une chose qui me fait peur c'est ce que vous disiez avec les mines. Parce que je remplace un médecin qui a (.) pleins de patients soit en UDAF, soit en CMU, soit en (.) Enfin y a pratiquement aucun argent qui rentre, c'est pratiquement que la carte vitale qui passe à chaque fois. Les patients je les vois euh, trois fois par jour, cinq fois par semaine, parce que [M3 : Tout et n'importe quoi.] comme ils payent pas, ils viennent en permanence pour tout et n'importe quoi : ils viennent euh (.) Enfin, c'est, mais c'est (.) {énumère sur ses doigts} Parce que ils arrivent pas à lire un papier, un truc qu'ils ont reçu de la caisse ils vont venir, parce qu'il leur faut un bon de transport, parce qu'ils ont oublié de montrer qu'ils avaient un piercing qui coulait, parce que (.) Et ils viennent du coup tout le temps. Et je pense que si ils payaient d'un certain côté, même si on leur demandait 2€30, enfin si c'était en tiers payant, ils, ils donneraient quelque chose, ça les gênerait peut-être un peu plus. Là, dans le cabinet, enfin c'est un cabinet particulier mais c'est (.) Voilà c'est tout le temps, j'ai une dame à l'UDAF, je la vois trois fois par jour aussi bien, pour euh, pour rien. Parce que le médicament que je lui ai prescrit le matin lui va pas. Euh, elle le ramène, elle en veut un autre, elle euh (.) Et, et y a pleins de patients comme ça. Donc des fois je pense que ça pourrait effectivement dériver comme avec les mines euh, des patients qui viennent pour tout et n'importe quoi parce qu'ils payent pas à la fin, et que finalement ils ont pas l'impression que ça coûte, que ça coûte quelque chose à la communauté.

M6 : Alors moi je suis à fond contre ce que tu viens de dire, parce que je (.) Je n.. Je suis installée à X, donc je suis en zone franche. Donc du coup moi j'ai en effet un tiers de mon chiffre d'affaires en CMU. Et y a des chiffres qui sont tombés là-dessus donc ça c'est le discours habituel en effet : ils payent pas, ils consomment plus [M4 : Non ils consomment moins en fait.]. Et y a des, y a des chiffres qui sont tombés, et c'est faux. Donc c'est peut-être le ressenti que tu as =

M2 : = C'est possible hein, c'est particulier, ça fait partie de l'UDAF et c'est, c'est un peu particulier là-haut.

M6 : Ah oui ! Non non mais de toute façon l'activité en, en social =

M3 : = Surtout qu'on va repérer ceux qui viennent tout le temps hein =

M6 : = Absolument. {pour M2} Alors autre chose, moi si ils viennent cherch… pour un bon de transport, je passe pas la, la CM…, la carte hein ?!

M2 : Moi non plus.

M6 : Donc, bon, après tu régules toi-même en fonction de (.) [M5 : Leur éducation.] Ben oui, ils savent pas lire, je leur passe pas la carte parce que (.) {petit rire contenu} ben j'ai dû leur lire euh, ils ont rien compris des médicaments donc euh bon après, c'est une autorégulation. Mais en tout cas, au niveau des chiffres, ils surconsomment pas plus. Ça c'est faux.

M4 : Non ben, je (.) je pense que le paiement à l'acte, quel que soit le type d'acte, quelle que soit la manière dont il va être comptabilisé, au final c'est toujours la même chose, c'est pour mesurer ton temps de travail (.) D'accord ? Donc le paiement à l'acte on peut pas en sortir, à moins de dire : « Un jour vous travaillerez tous à 40 heures par semaine. Point. Vous arrivez à 8h le matin, vous quittez à 18h le soir, vous faîtes ça cinq jours par semaine ».

M3 : Ça fait plus ça.

M4 : Voilà.

M6 : Si, si on peut s'en sortir, moi j'ai une amie qui =

M4 : = Donc le salariat, le salariat pur et dur, il peut par exister. Il peut pas exister parce que forcément, à un moment il faut indexer ton temps de travail [M6 : Ouais, oui, par rapport à ce que tu (.)] sur quelque chose.

M6 : Alors moi, moi je (.) Il existe, puisque j'ai, j'ai un exemple à Belfort euh : c'est un ensemble de médecins qui ont monté une euh, c'est pas une maison médicale [M3 : C'est une SEL ?]. Ouais, je, je, enfin (.) Du coup ils sont salariés en fait, donc pareil ils sont en zone franche, ils ont beaucoup de CMU, et si tu veux ils sont salariés =

M4 : = De la SML [M3 : D'eux-mêmes.].

M6 : Ouais, d'eux-mêmes. Et en fait, c'est en fonction, je pense, il doit y avoir une enveloppe à l'année. Alors l'année dernière ils ont vu tant de consultations, hein ? Et en fonction de ça, ils sont salariés, alors ça doit être provisionnel, je sais pas (.) Enfin j'ai pas demandé. Mais ça fait 20 ans qu'elle existe hein.

M4 : C'est une SCM, ou les SELARL, mais encore une fois ton salaire, ou bien les bénéfices que tu retires de la société en fin d'année, parce que le but c'est ça, c'est de salarier peu pour avoir beaucoup de bénéfices et donc t'es moins imposé au titre, au titre des revenus, et t'es plutôt imposé au titre des bénéfices sur les sociétés donc eux ils ont un impôt qui est juste à 26% ou un truc comme ça. Donc c'est, là-dessus ils y gagnent. Comme c'est une SELARL, ben elle peut tout, c'est elle qui paye tout, qui paye l'essence (.) Et donc là-dessus ils sont gagnants. Mais au final, au final si y en a un qui travaille à mi-temps, et l'autre qui travaille à 50 heures (.) y a forcément à un moment une comptabilisation de l'activité [M6 : Ah ben oui c'est sûr ! Mais bien sûr.].

M3 : Mais le but c'est pas d'être rémunéré à la fonction quel que soit ton temps de travail =

M6 : = Ah oui bien sûr. C'est pas de bosser 20 heures et d'être rémunéré 40 heures hein.

M3 : C'est l'alternative symbolique du paiement à l'acte tout le temps tout le temps tout le temps.

M4 : La question exacte, c'était quoi ? Quels sont les avantages et les inconvénients du paiement à l'acte.

M3 : Mais la Sécu elle comptabilisera toujours tous les actes [M6 : Bien sûr (.) Ah ben oui faut, c'est (.)].

M5 : D'ailleurs, dans nos tableaux statistiques d'activité hein, on a le nombre d'actes, et on a le nombre d'actes par patient [M6 : Oui, tout à fait.], et la référence des médecins de la région. Donc on voit que ceux qui reconvoquent, ils augmentent, et y a les autres. On peut très bien se situer hein.

M4 : Après, en terme de satisfaction, y a (.)

M5 : Mais je suis pas sur qu'on ait une satisfaction très importante à, à passer son temps à valider une carte vitale d'un patient qui a, qui est passé trois fois dans la journée, je crois que =

M6 : = Ah mais non [M2 : Je la valide pas mais euh (.)].

M5 : Un, pour soi, et puis deux, ça se sait, et les gens qui viennent ils disent : « C'est quoi ce médecin là ? »

M2 : Non, mais, je (.) Je le fais pas mais (.) Voilà, c'est pour dire qu'après y a =

M5 : = Je pense que c'est un piège, et c'est un piège dans lequel il faut surtout pas tomber hein [M6 : Ah oui.].

M4 : Quand on a terminé nos études à Nancy, on avait des cours, dans, dans nos dernières années de stage de résidanat, on avait des entretiens avec des médecins généralistes. Et y en avait un qui avait sorti : « On est quand même une des dernières professions à pouvoir euh, à la fin de la semaine, ou à la fin de deux semaines, pouvoir aller payer en liquide le restaurant, pouvoir payer en liquide la machine à laver ». Euh, c'est (.) un argument qui est (.) compris par certaines personnes. Je le prends pas pour moi, mais <u>ça</u> peut être une satisfaction pour certains.

M3 : Il faut voir pourquoi ils avaient du liquide aussi, enfin ça ça se fait plus trop hein. Ils avaient du liquide parce qu'ils comptabilisaient pas tout euh. C'est tout, ils avaient une caisse noire.

M5 : Des médecins ?

M3 : {plus bas} Oh ben écoute moi j'ai remplacé des mecs y a 10 ans, ça fonctionnait comme (.) Enfin, peut-être pas 10 ans. {inspire profondément} Si, y a 10 ans ouais, ça fonctionnait comme ça hein. Ils se mettaient 1 ou 2 consults de côté par jour et puis c'était tout. {plus haut} Maintenant tu peux plus, de toute façon y a tout qui est comptabilisé par la caisse, envoyé aux impôts. Mais je veux dire, y avait (.) Alors bien sûr, tu pouvais l'acheter ta machine à laver, parce que c'était au black quoi.

M6 : Enfin ceci dit moi je trouve que c'est un argument qui est un peu fallacieux parce que (.) T'es salarié, tu décides de tout payer en espèces, t'as qu'à aller retirer tes espèces régulièrement. Et du coup t'as cette satisfaction là. Enfin, c'est pas un argument.

M3 : Ça c'est comme les gens qui ont un matelas de billets.

M6 : {rires} Oui c'est ça, chacun gère son argent comme il veut.

M1 : Moi je donnerai un autre exemple de satisfaction, c'est, quand on est en libéral, le fait de faire un acte gratuit, à mon avis ça a une certaine importance. Alors que quand on est par

exemple salarié le fait que [M6 : Ah oui, ça c'est vrai.] le malade en face ne te, ne paye jamais rien (.) On voit pas l'acte gratuit. On peut quand même toujours parler de liberté =

M4 : = Voilà, et ça dans certains contextes c'est vraiment important. Quand euh, voilà, quand on passe voir quelqu'un en fin de vie et qu'on lui dit : « Non c'est pas la peine, aujourd'hui je suis passé pour rien » ou « Ce week-end, je connais pas les tarifs », ça y a beaucoup de gens qui (.) Donc là si on perd ce paiement à l'acte, on perd ce (.) cette satisfaction.

M3 : Non mais si tu les rencontres quand tu fais tes courses c'est pareil hein.

M4 : Ah non, c'est pas du tout pareil.

M3 : Ben si, si tu leur donnes un conseil euh et tu fais ta BA.

M4 : C'est pas, c'est pas du tout pareil.

M1 : Au point de vue dangers du paiement à l'acte, j'en vois, j'en vois 2 principaux =

M4 : = Je viens régulièrement, pour les patients qu'on accompagne en fin de vie à domicile. Quand tu y vas, et que le patient tu lui dis : « C'est pas la peine, c'est moi qui suis passé comme ça », tu l'examines strictement comme les autres fois et que tu lui dis : « Non, c'est pas la peine ». Et si ils ont en toute fin de vie, tu passes 2 fois par jour, tu passes 2 fois par jour une demi-heure, et tu les fais pas payer (.) C'est pas la même chose que si à chaque fois tu leur demandes 33 €, 33 €, ou même si y a la carte tu dis : « Donnez-moi votre carte » ou « Signez-moi la feuille ». C'est pas pareil (.) C'est pas pareil. Et ça si on perd le paiement à l'acte, on perd cette capacité de (.) [M3 : De donner.] Y a une gratitude supplémentaire, parce que ils savent qu'ils doivent payer, mais ils ont pas à payer. Parce que tu, tu leur accordes plus. Dans ton paiement à l'acte, tu leur accordes le, le maximum de tes, de tes capacités. Et dans le paiement à l'acte que tu fais pas payé, y a plus y a une dimension affective =

M3 : = Oui, t'es en train de dire que t'as enlevé la dimension commerciale à ton geste. Et ça, moi je suis tout à fait d'accord avec toi {rires}.

M5 : C'est-à-dire que 2 fois par jour en fin de vie, c'est pas forcément médicalement justifié, y a de l'humain, y autre chose en fait.

M3 : Ouais, bien sûr. Mais les gens que t'as connu pendant des années, ben ça se conçoit hein.

M7 : Je pense que deux fois par jour en fin de vie, tu les mets après en (.) Tu les files à Christian Hullen et tu deviens salarié de Sainte-Blandine hein.

M3 : Ouais, je crois que c'est mieux aussi hein {rires}.

M4 : Oui mais c'est la même chose : moi si je suis salarié de Sainte-Blandine, je les fais pas payer. Je mets pas le C sur la feuille.

M7 : Ah ben ça tu fais ce que tu veux mais =

M4 : = C'est la (.), ou le V =

M7 : = Je veux dire, ce sont des honoraires, ça honore un acte. Bon si tu estimes que ton acte n'est pas un acte =

M3 : = Mais si, mais si, mais c'est un acte. Mais du coup il l'offre, c'est pas pareil. C'est un cadeau qu'il fait au patient.

M7 : Oui.

M3 : Parce que à un moment il estime qu'il devait s'investir, enfin tu fais ta BA quoi. Et y a, y a beaucoup de satisfaction à le faire hein. C'est bien, mais bon, je sais pas si ça suffit à justifier la dispense de paiement à l'acte.

M7 : {lève l'index} Euh, si je peux dire un mot [A : Allez-y.]. C'est qu'à mon avis le problème du C, c'est, c'est que, le C c'est un fourre-tout dans lequel on met ce qu'on veut. Et euh, M2 tu le sais bien (M2 a déjà remplacé M7, NDO), et nous on a pleins d'échos avec nos stagiaires qui vont remplacer partout -et on a un recrutement quand même d'une dizaine de stagiaires avec X-, qui nous disent les pratiques chez les autres (.) Et entre le gars qui fait 20 actes réels, dans son cabinet, et qui bosse 12 à 14 heures, et le mec qui voit 40 personnes par jour avec un rendez-vous toutes les 10 minutes, ça s'appelle C {acquiescement de M3}. Sauf que -{pour M6} mais je suis pas tout à fait d'accord avec ce que tu disais tout à l'heure hein- je suis pas tout à fait d'accord, parce que les CMU euh (.) Enfin c'est tout à ton honneur ce que tu disais, mais je suis pas sûr que tout le monde ait tes pratiques à toi [M6 : Ah ça, oui !]. Ouais. Donc le C, c'est un vaste fourre-tout, dans lequel on met à peu près ce qu'on veut. Quelqu'un vient, il demande quel heure il est, tu peux faire passer ça pour une consult. Et y a des gens qui prennent tout quoi. On peut faire des consults en 10 minutes hein, t'ouvres la bouche, c'est en haut c'est une angine, en dessous c'est une cystite, voilà Monsieur votre antibiotique. Basta quoi. C'est un C. Donc euh =

M4 : = Qu'est ce qu'il y a de mal à ça ?

M5 : Je crois qu'il y a des actes qui justifient pas plus de 10 minutes, y a des actes qui (.) [M6 : Oui.], on n'est pas obligé de =

M7 : = Tout à fait. Mais ce que je veux te dire c'est qu'au cours d'une carrière -puisque avec X on doit être les doyens ici, enfin X n'est pas là mais- (.) avec une carrière, la clientèle évolue.

M3 : Oui, après tu passes plus de temps.

M7 : Voilà. Et que (.) Nos clientèles maintenant avec un certain âge ce sont des gens hypertendus, diabétiques, un machin, un syndrome de Sjögren et puis un machin-truc, tout ce que tu veux. Et, on les voit tous les 3 mois parce qu'on n'a pas le temps de les voir euh, tous les mois quoi. Hein, là aussi, faire du C tous les mois pour une boîte d'ALDACTAZINE, et puis tu peux faire du (.) renouveler tout. Mais quand ils viennent tous les 3 mois ils ont aussi {énumère très rapidement, en comptant sur ses doigts} du sang dans les selles, des pellicules, des cors au pied, la demande de cure, les bons de transport. Donc ça fait des consults qui n'en finissent plus. Tout ça pour dire, je vais arrêter là, que le C, c'est un vaste fourre-tout dans lequel tu peux mettre tout ce que tu veux. Et euh (.) actuellement, comme le disent certains, quand tu fais 20 ou 25 C dans une journée, à nos âges, et ben t'as déjà bien bossé, t'es crevé le soir hein. Mais, nos remplaçants quand ils vont remplacer ailleurs et qu'ils disent qu'ils voient 40 à 50 patients par jour sans problème, euh c'est pas mal. Et

l’autre jour j’ai encore vu quelqu’un de la famille qui me disait : « Moi quand j’ai besoin de ma pilule, je téléphone à ma gynéco, elle m’envoie l’ordonnance de pilule avec la facture en même temps », je me dis que {rires de M6} =

M1 : = Ouais, y a une chose qui a quand même beaucoup changé, c’est le, l’usage de l’informatique. Faut pas oublier que, le gain de temps considérable depuis qu’on utilise l’informatique dans les consultations (.) Moi je pense [M6 : Ben pour les ordonnances, ben oui.]. Par rapport à ce qu’on faisait au départ, quand on faisait une ordonnance à la main, quand y avait 15 spécialités et qu’il fallait les, les écrire [M6 : Ouais.], et que malheureusement pour certains médecins, le temps gagné au niveau informatique on devrait le consacrer à l’éducation thérapeutique, et ça se fait pas. Et donc c’est là que je vois la différence dans les cons…, les 2, les 2 types de médecins que tu viens de décrire. Celui-là qui assume le nombre de malades, qui fait ses 20, 20 minutes par patient etc, et l’autre qui euh (.) Donc l’autre, l’autre danger de la rémunération à l’acte, c’est de au contraire, qu’il s’organise tellement bien qu’il arrive à faire de la, des consultations très rapides etc, avec un nombre élevé de malades quoi.

M4 : Mais, mais, mais dans ce débat là 20 consultations-40 consultations, est-ce que la dimension de « On n’a pas le choix » vous a effleurée ?

M5 : C’est sûr que les médecins libéraux vont saturer =

M3 : = J’ai compris ton argument [M6 : Si, la façon dont tu travailles, t’as toujours le choix.].

M4 : Non, je crois pas.

M3 : Si. Si, parce que les, les. Ben les mecs qui voient en 10 minutes ben de toute façon leur salle d’attente elle est toujours pleine, parce que ça va vite.

M6 : Oui. Oui, pis ils examinent pas, enfin c’est une façon de travailler, c’est tout.

M3 : Ben les gens ils ont ce qu’ils veulent, ils veulent quelque chose de rapide et ils l’ont. Et ils sont contents [M6 : Exactement. Oui, oui bien sûr.]. Du coup ils te laissent le temps pour t’occuper des autres.

M4 : Ah là vous me tirez dans les pieds.

{rires généralisés}

M3 : Mais nooooon, mais pourquoi ?

M4 : Ah si, si si. Parce que moi je travaille entre 40 et 50 patients par jour, je commence à 8h10, et je finis à 22h =

M3 = Mais ils viennent pour quoi ? =

M4 : = J’ai pas le choix.

M3 : Mais bien sûr. Ils ont quel âge en moyenne ?

M4 : Ils ont le même âge que toute la population mosellane. J’ai exactement les mêmes pourcentages que tous les mosellans.

M3 : Tu bosses combien d'heures par semaine ?

M4 : Ben je commence à 8h20 le matin et je fini à 21h30.

M3 : Ouais ben, là effectivement si je bosse comme toi, j'ai le temps d'en voir 40 aussi.

M6 : Moi j'aurai le choix de travailler comme ça [M1 : C'est un choix qu'il a fait hein.] =

M4 : = NON ! J'ai pas le choix.

M6 : Si, tu as le choix. Parce que moi je pourrais travailler comme ça -et en période d'épidémie je travaille comme ça- sauf que j'en ai ras-le-bol donc qu'est ce que je fais ? Je ferme ma porte (.) Je ferme ma porte. Et je ferme ma porte au bon moment. Et donc y a un moment, quand tu fermes, et quand tu éduques les gens, ils savent que à telle heure c'est fermé et tout. Au début ça râle, ça pousse beaucoup. Pis après, ils sont éduqués les gens, ils savent. Ils savent que (.) euh Mme Truc elle a 4 gosses, et qu'elle a envie de rentrer chez elle, et du coup je ferme. Et donc ça c'est un choix (.) C'est un choix.

M5 : Moi je ferme pas, je trouve c'est (.) On est, on est une des rares professions où on est encore disponible en fait à, pour être consulté dans la journée, à ce qu'on puisse répondre au téléphone euh. Et on absorbe une partie de nos consultations je dirais par téléphone. On rend des services euh.

M1 : {pour M4} T'as de la chance que les 35 heures, c'est, c'est pas inscrit dans la constitution. Sinon tu serais interdit de =

M4 : = Si, si. C'est dans le droit européen C'est pas plus de 10 heures par jour et pas plus de 48 heures par semaine.

M6 : Mais, moi je ferme ma porte parce qu'à un certain moment, pour moi c'est dangereux. Le quarantième c'est dangereux, faut pas qu'il vienne me voir hein.

M5 : Moi je sais jamais quand est-ce que je finis le soir, et je sais jamais quand est-ce que je finis le matin =

M6 : = Moi non plus, mais je sais quand je ferme {sourire}. Au moins. Parce que si je ferme pas je finis pas quoi.

M3 : Non pis on est pas dans le blâmer des deux côtés. Je veux dire, tu peux pas prendre tout venant, et tu peux pas non plus refuser les gens qui viennent euh à un moment.

M4 : Moi je pars du principe que refuser c'est desservir le patient.

M3 : Bof, écoute euh, tes patients ils sont capables de comprendre que, que tu veux pas passer ta vie au boulot quoi.

M6 : Mais bien sûr. Nul n'est irremplaçable hein.

M1 : Moi je n'ai pas de reproche à vous faire moi.

M3 : Mais moi non plus, mais je vivrais pas comme ça ceci dit.

M6 : Oui c'est un choix, c'est tout.

M1 : Parce que moi je l'ai fait aussi et (.) j'ai pas été assez dégoûté puisque je continue en étant retraité.

M2 : Mais là encore hein, moi dans les remplacements je remplace plein de médecins, certains qui font 40 actes par jour. Mais si c'est bien structuré (.) Avec une secrétaire qui répond au téléphone (.) Le médecin que je remplace en ce moment j'ai pas de secrétaire, je passe mon temps à répondre au téléphone, à prendre des rendez-vous, à, à aller regarder pour les autres patients etc. Chaque rendez-vous je suis dérangée 2 ou 3 fois par le téléphone. À chaque fois je quitte le dossier du patient, je leur fais une ordonnance, je leur fais ci je leur fais ça. Forcément la consultation elle va prendre 20 minutes ou une demi-heure.

M1 : Mais, je sais pas si on va en parler tout à l'heure, toutes les consultations n'ont pas la même valeur : {énumère sur ses doigts} y a la première consultation où on fait un diagnostic, y a des renouvellements d'ordonnance, y a (.) un vaccin, c'est pas la même chose, tout ça. C'est ce qu'on essaye de nous imposer, peut-être un petit peu, ou de nous proposer je sais pas. {pour A} On en parlera tout à l'heure ? {acquiescement de A}

M2 : Et puis, même quand tu as des rendez-vous, tous les quarts d'heure, y a des patients (.) Enfin là je suis sans rendez-vous, y a des patients qui sont venus pour un vaccin, ça me prend euh, 10 minutes de leur faire un vaccin. Si je regarde si le carnet de vaccination est à jour, si tout est à jour, ça me prend 10 minutes. Le patient suivant qui est venu parce qu'il avait une protéinurie, et ben ça a pris plus de temps pour que je lui explique ce que c'était. Donc même si on prend un rendez-vous toutes les 10 minutes, ben y a peut-être un patient avec lequel on va passer moins de temps, et un patient avec lequel on va passer plus de temps, et finalement euh, ça s'équilibre.

M3 : Oui, ça s'équilibre.

M1 : Bon, et pour, et pour les grincheux, peut-être on pourrait nous reprocher que ça c'est côté de la même façon. Consultation c'est ça, le, le, le, le, consultation de trois quarts d'heure, c'est ça [M6 : Oui.], et puis le, renouveler l'ordonnance c'est la même chose, c'est toujours le même C.

A : Alors justement, qu'est ce que vous pensez euh, de la valeur de la consultation ?

M5 : Ben moi je trouve qu'elle permet de tout lisser en fait. Elle lisse justement ces actes qui vont vite, et ces actes qui vont plus lentement. Et ça permet de tout lisser, c'est un (.) Je trouve c'est pas si (.) Si on doit décomp… Ca va être beaucoup plus compliqué, au niveau de la comptabilité encore, si on doit décompter tout ce qu'on fait [M3 : Rhooo non {rires de M6} Ou alors que ça se fasse mais pas par nous quoi.]. En dehors de quelques actes en CCAM, des sutures des trucs comme ça où on connaît les tarifs, retrouver dans la classification CCAM, ça prend du temps =

M3 : = Ouais pour côter 27 euros au lieu de 23, tu vas te casser la tête à chercher la cotation euh.

M5 : Euh les sutures c'est pas 27 euros hein.

M3 : Bon, les sutures on n'en fait encore pas si souvent que ça mais (.) Tu côtes tes frottis en plus du C juste pour avoir euh, pour avoir, pour savoir combien tu fais de frottis par an. Ouah, m'en souviens plus moi, chercher le machin, ces trucs administratifs (.)

A : Qu'est ce que vous pensez de votre euh niveau de revenu, avec le système du paiement à l'acte ?

M5 : Alors je dirais, y a une chose aussi à propos du paiement à l'acte, c'est que je pense qu'ici autour de la table on est tous médecins généralistes, on fonctionne tous à mon avis en secteur 1, on est effectivement un peu détaché des gens qui sont en secteur 2, pour lequel quasiment la lettre clé justifie, enfin ne correspond plus à grand-chose.

{silence}

M4 : Y avait une question avant.

M3 : Ouais, la deuxième question faut qu'on la repose hein.

A : Euh, ce que vous pensez de votre niveau de revenu dans ce, dans le système =

M3 : = Non, ça c'est la troisième, celle d'avant [M4 : Non, non.].

A : Vos insatisfactions.

M3 : Non, y avait un truc entre les 2.

A : La valeur du C ?

M3 : Oui.

M4 : Oui, qu'est ce que vous pensez de la valeur du C.

M3 : On n'a pas fini avec ça.

A : Allez-y.

M4 : D'accord. Moi je pense que c'est tout à fait juste parce que ça parle du principe, du principe d'égalité qui est sorti à l', dans l'après-guerre, où on paye pas en fonction de ses revenus, on paye pas en fonction de sa pathologie, tu payes le même forfait pour tout le monde, c'est un système égalitaire pour tous, qui nous permet de =

M3 : = Non, c'est bien ce qu'il dit [M6 : Ouais, ouais.], c'est beau.

M4 : Donc euh, c'est pas parce que t'es plus malade que tu vas payer plus, c'est pas parce que t'es moins malade que tu vas payer moins, c'est (.) tout le monde paye pareil =

M3 : = C'est une sorte de solidarité entre consultations : consults courtes, consults longues, tu payes pareil quoi. Le seul truc c'est qu'il faut pas chercher à avoir que des consults courtes. {pour M4} Mais c'est vrai que ce que tu dis c'est bien.

M5 : De toute façon, tu choisis pas encore, les gens qui arrivent.

M4 : Après tu peux, tu peux tricher, tu peux multiplier les actes, tu peux dire euh : « Monsieur, faut revenir la semaine prochaine », « Faudrait revérifier » ou euh.

M5 : Après y a des patients qu'il faut vraiment revoir hein {petit rire étouffé}.

M4 : Après pour en revenir au revenu de (.) La troisième question, c'était « Qu'est-ce que vous pensez de votre niveau de revenu ? », c'est ça ?

A : Oui.

{silence}

M6 : Moi je suis très contente.

M3 : On arrive à avoir ce qu'on veut. Après on met de l'argent de côté. On arrive en gérant et le temps et le nombre de monde qu'on voit etc, on arrive à vivre correctement hein, sauf si on =

M4 : = Il est suffisant {rires}.

M3 : On n'est pas à plaindre hein. Enfin bon, c'est tout.

M6 : Ben oui hein, on n'a pas de problème.

M4 : Et on n'a pas de honte à gagner de l'argent.

M3 : Non, on travaille !

M1 : Je crois qu'il faut faire intervenir les facteurs aussi. Parce que (.) revenus d'accord, mais alors moi je dirais, par rapport au temps passé, par rapport au montant des charges, et le revenu c'est le résidu. Alors euh, mettant à côté un ingénieur euh, mettant à côté quelqu'un qui est haut fonctionnaire =

M4 : = Non !

M3 : Mais non, mais compare pas, c'est pas le même type de boulot. Si t'étais ingénieur, mais tu serais pas heureux de faire ton boulot. On est content de faire notre boulot aussi {rires de M6}. On a la chance d'être en contact avec les autres, d'avoir l'impression de les aider etc, c'est, c'est du bonheur notre métier donc euh. Qu'on gagne bien notre vie tant mieux =

M4 : = Le niveau de revenu d'un ingénieur c'est pas le même du tout quand il sort de l'école par rapport à nous. Un ingénieur quand il sort de l'école il est à 2 200 €, et il finit au mieux à 12 ou 13 000. Mais il finit à 12 ou 13 000 en toute fin de carrière. Toi si tu travailles beaucoup, si tu décides de t'investir et de travailler beaucoup, t'es immédiatement à 8 000 € mois.

M3 : Ouais, même plus.

M4 : Même plus.

M3 : Largement hein, même quand t'es remplaçant.

M4 : Voilà, donc en terme de salaire, l'avantage, le gros avantage, c'est que, dès notre jeune âge, dès nos jeunes années d'installation, on a un niveau de vie qui est (.)

M5 : Enfin peut-être moins au jour d'aujourd'hui mais euh =

M7 : = Oui mais les gens, là je vous coupe là mais alors {ironique} on baigne dans le bonheur ! Mais comment se fait-il alors que tous ces jeunes qui sortent de fac se précipitent pas vers la médecine générale encaisser des sommes astronomiques ?

M3 : Mais parce que {ironique} ils adooorent la comptabilité, ils adooorent l'exercice libéral {rires de M6}, ils adorent le flottement (.) Et la moitié, plus de la moitié aimerait bien avoir des gosses et pas avoir à gérer une clientèle et puis =

M7 : = Quand on discute avec des remplaçants, et notamment X qui me dit qu'il est très bien à travailler comme ça, à faire euh, 4 demi-journées par semaine, [M6 : Oui, c'est en rapport avec le temps de travail.], et que ses revenus sont pas loin des nôtres, donc je sais pas, moi le C, y a quand même quelque chose qui me choque dans C (.) Y a pleins de choses qui me choquent : d'abord c'est une négociation conventionnelle, et pour avoir un euro sur le C, il faut se battre 3 ans. Et 2 ans de promesses, enfin voilà quoi. Donc, ces conneries là, j'y crois plus. La deuxième chose c'est {vers M6} toi ton diabétique, qui va venir avec un C à 23 euros, chaque fois que t'as un diabétique qui vient, tu fais une lettre : {enumère sur ses doigts} il va aller voir l'ophtalmo, il va aller voir le cardiologue, qui va lui faire un écho-doppler, les artères périphériques, une écho cardio, un test d'effort, pour peu qu'il ronfle, ça va être la polysomnographie. Et chaque fois que toi tu vas toucher 23 euros, le cardiologue il va en toucher 450. Donc, comme dit aussi quelqu'un que je ne citerai pas trop ce soir : « On gagne bien notre vit, les spés en gagnent beaucoup trop ». Et eux ils sont pas payés au C, ils font tous les actes techniques. Et dans l'échelle de revenus des gens =

M4 : = Mais c'est parce que dès le début [M1 : Bien sûr.], dès le début les négociations conventionnelles ne se sont pas faits avec des généralistes =

M1 : = Y a deux sortes de médecins : y a les cliniciens, et puis les techniciens.

M7 : Et curieusement, curieusement ce sont les gens qui font travailler une machine qui se trouvent tout en haut de l'échelle des revenus -que ce soit les ana-paths, les cardiologues, les radiologues- et ceux qui ne s'en servent pas, y compris les psychiatres, les pédiatres et les généralistes [M4 : Mais qui fait, qui fait les négociations conventionnelles ?], sont en bas de l'échelle des revenus {acquiescement de M1}. Donc nous, intrinsèquement, si on fait ce boulot-là, c'est qu'on l'aime bien, bien sûr. Mais quand on dit qu'on touche 23 euros par consult, ça semble bien payé, mais quand vous comparez ça aux revenus de nos confrères spécialistes, excusez-moi mais y a quand même un problème [M4 : {pour M5} Non, non, non, en bas les pédiatres, ensuite les psychiatres, et ensuite les médecins généralistes.].

M3 : Ouais mais on peut aussi comparer euh, le mode de revenu français à d'autres C ailleurs, enfin c'est pas des C mais euh, mais d'autres paiements à l'acte ailleurs en Europe, on est pas les mieux placés non plus. Mais est-ce que nous on est satisfait personnellement dans notre vie de ce qu'on touche ? {vers M7} Je te demande pas de comparer [M6 : Ben oui.].

M4 : Pas par rapport, pas par rapport aux autres.

M3 : Voilà, parce que tu peux toujours comparer à travail égal=

M4 : = C'est sûr que si on te donnait, si on te donnait 20 % de plus en terme d'honoraires, ça serait avec plaisir.

M3 : {vers M7} Tu comprends ? Alors c'est peut-être injuste par rapport à ceux que font les autres, mais [M6 : Surtout qu'ils ont quand même acheté leur matériel hein ?] =

M7 : = Y a un, y a un terme quand même qu'on entendait depuis longtemps, c'était le terme de paupérisation. Ca fait 20 ans que j'entends ce terme-là, on entend dire : « On est en train de paupériser la médecine ». Je crois que c'est vrai [M3 : C'est possible.]. Parce que dans nos clientèles, là aussi, combien de fois vous entendez par jour : « Tiens docteur, tant que vous y êtes, vous me mettrez aussi », ou « Je suis venu vous voir parce que ma gynéco elle est en vacances et que le rendez-vous c'est et que j'ai plus de pilule ». C'est des consults, c'est du C. Le C, c'est, tout dépend de ce que tu mets dedans. Si c'est des C comme ça, effectivement, 23 euros ça suffit. Mais de plus en plus on fait des consultations qui deviennent (.) drôlement tarabiscotées, et qu'on ne boucle pas en 10 minutes ou un quart d'heure. Et je trouve que 23 euros, des fois ce qu'on fait pour les gens, les vrais patients, pas, pas ceux qui voient de la lumière le soir dès qu'ils oublient une pilule.

M4 : Donc, donc toi tu verrais une modulation en fonction de l'investissement en temps, selon les pathologies : plus les pathologies sont lourdes, plus tu dois payer cher ?

M3 : C'est gérable en salariat aussi ça.

M7 : Je pense que c'est impossible à mettre en pratique ce système-là.

M3 : En salariat c'est gérable. Parce que tu peux donner un poids à tes patients.

M7 : En médecine générale, si tu fais ça, ils vont tous faire de la médecine compliquée, et ça va tous devenir des super-consultations.

M3 : Oui.

M4 : La question de nouveau, c'est ?

{rires généralisés}

M3 : Sur la valeur du C.

A : Oui, alors la valeur du C c'était avant, là c'était sur ce que vous pensez de votre niveau de revenus par rapport euh, enfin avec le système du paiement à l'acte.

M4 : Donc je répète, je suis content, et si je gagnais plus je serai encore plus content.

M2 : Moi je suis remplaçante et j'aurai la possibilité de gagner plus, mais ça me va parfaitement comme je gagne [M6 : Moi je suis très contente.].

A : D'accord.

M3 : Oui, parce que tu gagnes, tu gagnes ce que tu as envie de gagner [M2 : Voilà, je gagne ce que j'ai envie de gagner.].

M2 : Voilà, après c'est : « Je travaille quand je veux, je travaille autant que je veux, et ma rémunération correspond à ce que j'en attends. »

M1 : Comme on l'a choisi, on doit être satisfait hein, sa profession.

M3 : {soupire} Ben y a des grands déçus quand même hein.

M4 : La rémunération pécuniaire elle est normale elle est (.) La satisfaction du travail, elle vient pas forcément de la quantité d'argent -enfin pour moi- de la quantité d'argent que j'ai dans la poche à la fin de la soirée. La quantité, ça, la rémunération elle est nécessaire. Ça fait partie (.) C'est comme ça. Il est hors de question qu'il y ait pas une rémunération quelle qu'elle soit (.) La satisfaction elle est pas en terme de rémunération, la satisfaction c'est la gratification des patients en face, c'est tout. Maintenant effectivement, si on me donne 30 € par consultation comme au Luxembourg, ben je vais pas cracher, je vais te dire euh =

M3 : = Ben encore heureux qu'on travaille pas comme au Luxembourg aussi hein quand même.

M1 : Faut dire que les choses ont évolué quand même, les jeunes générations maintenant sont beaucoup plus intéressées (.) au cadre de vie qu'au niveau des horai… des revenus quoi. Mais, ils se débrouillent quand même pour que ce soit pas mal.

M3 : Est-ce que c'est une paupérisation de la médecine en général ?

M4 : {vers M7} Toi t'as l'impression, quand tu parles de paupérisation de la médecine en général, quand tu dis, quand tu dis paupérisation de la médecine générale, tu, tu, tu entends donc que (.) le médecin des années 70 qui travaille autant que le médecin des années 2012, gagnait (.) avait un niveau de vie nettement supérieur à celui d'aujourd'hui ?

M3 : {du tac au tac} Ça c'est évident.

M7 : Ah, 70 j'ai pas connu quand même {petit rire}

M4 : 80 ?

M7 : 80. {rires de M3} 80 oui. {plus grave} Oui, bien sûr.

M4 : Et alors, tu pouvais plus partir en vacances, tu achetais plus d'appartements, t'avais plus de =

M7 : Mais non, mais non.

M4 : Ben alors c'était quoi le niveau de vie ?

M2 : Par rapport aux autres [M3 : C'est toujours par rapport aux autres, c'est pour ça.]. Le médecin était =

M7 : = À l'époque, tu n'avais pas tous les appareils que nos confrères spécialistes font tourner {mouvement de protestation de M4}. Non mais attends, attends je sais ce que tu veux me dire =

M4 : = Moi je veux te comparer, mais je te demande pas de te comparer par rapport au professeur de médecine nucléaire, évidemment lui il va gagner plus que moi (.)

M7 : À l'époque, c'était beaucoup plus uniforme les pratiques [M4 : Ouais.]. Y avait un C, y avait un Cs. Point barre. Depuis on a multiplié les (.) Nous on est restés au C, alors que les autres ils ont multiplié les actes. Moi mais j'ai l'impression qu'on est les (.) On a pas avancé. Les promesses, j'en ai vu passé des promesses, des machins. Et je me souviens quand je

me suis installé le premier truc, j'avais encore une machine à laver, avec un tambour. Et pour garder le tambour ouvert, y a ma femme qui glissait un journal. Et y avait un vieux journal, c'était marqué : « Les médecins généralistes, piliers du système de santé » (.) Moi j'y crois plus. {regard interrogateur vers les autres participants} Y en a peut-être encore qui y croient.

M5 : Moi j'y crois encore, je pense qu'on est les premiers, pour ceux qui sont consultables dans la journée.

M7 : Oui, tu es le système du premier recours.

M5 : Ouais, mais quand tu parlais de l'histoire de la pilule euh, la dame qui vient pour sa pilule, qui dit qu'elle a pas pu voir sa gynéco, on est aussi là pour faire ce genre de, de consultations.

M7 : Oui tout à fait.

M4 : Pis ça fait une consult de moins pour sa gynéco {rires de M6}.

M7 : Non mais c'est sûr, c'est bien. Si c'est ça votre truc. Moi c'est pas franchement ma motivation.

M4 : Et je la donne pour un an, pour la faire chier.

{rires généralisés}

M4 : Et je lui change en plus, je lui donne une deuxième génération.

M7 : Elle va y retourner, elle lui changera encore sa pilule.

M4 : Ouais mais au moins pendant 1 an =

M3 : = À un moment elle va se dire « Bon je fais quoi maintenant je vais chez le généraliste ou chez la gynéco ? » {rires}

M7 : Cette guéguerre euh, j'connais bien.

M3 : Ben oui mais bon.

M7 : Mais je crois qu'à l'époque c'était beaucoup plus uniforme. Et (.) alors que là maintenant euh, ça reste fourre-tout la cotation.

M6 : Ben oui mais c'est technique parce que la médecine a quand même beaucoup fait de progrès entre guillemets. Donc euh forcément ils font des actes techniques, on peut pas leur reprocher. Ça n'a rien à voir =

M4 : = Mais je suis entièrement, je suis entièrement d'accord avec son argument, dans le sens où, la valorisation des actes techniques, par rapport à la valorisation de l'acte intellectuel, la disproportion est trop grande. Là, je suis entièrement d'accord avec toi. Entièrement d'accord avec toi qu'à temps de travail, temps de travail égal, même si ils ont 2 années d'étude de plus que nous, à temps de travail égal, la disproportion entre le revenus de (.) cardiologues qui multiplient les échos, le doppler et qui derrière mettent l'appareil pour euh dépister l'apnée du sommeil, c'est un peu (.) Voilà. Surtout quand on fait des tests

d’effort. {énumère sur ses doigts} Y a des tests d’effort pour rien, y a des gaz du sang pour rien, la radio du poumon, l’EFR, les B2-mimétiques, y en a des kilos comme ça des exemples. Mais là c’est pas à nous de faire le ménage.

M5 : C’est surtout à nous d’expliquer à nos patients qu’ils ont pas besoin, que quand on leur demande d’y retourner dans 3 mois, que c’est pas forcément nécessaire.

M3 : Oui.

M4 : Et donc là, pour revaloriser, pour revaloriser l’acte technique, {vers M7} tu voudrais qu’on fasse plus, qu’on ait accès nous aussi à des [M7 : Ah non non non non pas du tout.] actes techniques.

M7 : J’ai pas dit qu’il fallait faire de l’acte technique, je dis qu’il faut replacer le généraliste au centre du système de santé. Ce qui n’est pas du tout le cas actuellement. Ils avaient essayé de le faire avec les médecins (.) référents, les médecins traitants (.)

M6 : Ben oui les médecins traitants.

M7 : Sauf que les dérogations (.) y en a partout : les gynécos sont montés au créneau, les psychiatres =

M6 : = Ben gynécos moi je trouve que c’est normal justement, ça ne me dérange pas.

M7 : J’en discute pas, mais les ophtalmos [M6 : pareil.].

M4 : Le dentiste.

M7 : {petit rire agacé} Mais y en a pleins. Et actuellement ce système, il est brinquebalant. {montre M6} Toi, dis moi voir un jour si t’as jamais vu quelqu’un venir te voir en te disant que la dermato a dit qu’il fallait faire une lettre parce que c’était mieux remboursé.

M6 : Ah oui.

M7 : Excusez-moi, moi c’est niet. C’est, c’est non. Pis terminé on en discute pas. Pour euh, parce que la gamine elle a un bouton sur la joue gauche et que la dermato elle la voit tous les 3 mois [M6 : Oui, oui oui.]. Et nous après ils viennent nous voir à la fin de la consult ils nous disent : « Ah tiens la dermato a dit que si vous me faites une lettre euh » =

M6 : = Oui mais ça, ça faut expliquer aux gens [M4 : Ça ce sont des négociations conventionnelles.].

M3 : Mais ça c’est pas lié à la tarification à l’acte, ça je pense que c’est lié à nos problèmes avec les spés quoi.

M6 : Moi le but de la lettre je trouve ça bien.

M7 : Je pense que tout ça plus les MDPH, les dossiers APA, les 100 % à renouveler tous les 5 ans, ça fait un melting-pot qui fait que ce boulot-là est devenu de plus en plus paperassier, et que de moins en moins tu deviens au centre du système de santé. Moi la façon dont je conçois ça, c’est que si quelqu’un vient, j’estime qu’il y a besoin d’un avis spécialisé, je lui fais une lettre.

M6 : Ben oui.

M3 : Là on est tous d'accord.

M7 : Actuellement si tu fais ça, ben ton gars tu l'envoies une fois, et il est reconvoqué automatiquement euh.

M4 : Oui mais là il suffit de dire au patient : « C'est plus la peine d'y aller » hein.

M7 : Mais c'est plus la peine de lui dire, il a déjà son rendez-vous pour la fois suivante.

M5 : Ce qu'il y a aussi, c'est que le spécialiste c'est un correspondant, et qu'il envoie du courrier. Donc notre rôle c'est aussi de centraliser les informations pour expliquer un peu.

M6 : Moi je trouve que la convention Médecin traitant c'est bien ça.

M7 : Ouais, mais moi je trouve qu'il y a pleins de dérives.

M6 : Parce qu'avant le médecin traitant =

M3 : = Moi je pense qu'elle pourrait être plus forte cette convention, ça je suis d'accord aussi.

M4 : Sauf que les gens qui négocient, les gens qui négocient au niveau des syndicats euh (.), c'est pas (.) [M3 : C'est des spés.] C'est des spés. Et forcément ils prêchent pour euh leur paroisse.

A : Je pense qu'on s'éloigne un peu du sujet aussi hein.

M3 : On est d'accord. Enfin du coup si on envoyait moins chez le spé, la caisse elle aurait plus de sous elle nous augmenterait =

M4 : = Exactement. Après tu peux choisir, après tu peux choisir tes correspondants. Moi y a des dermatos, je leur envoie plus personne parce que je <u>sais</u> que je vais pas revoir le patient. Je le fais plus.

M7 : En pratique, tu peux plus choisir tes correspondants.

M6 : {pour M4} Alors là moi je m'en fiche hein, que je revoie ou pas le patient. Mais non mais euh, il m'appartient pas le patient. Enfin, qu'est-ce que c'est, vous êtes marrants vous.

M3 : Mais c'est pas ça qui (.) C'est pas l'idée du patient qui t'appartient ou pas.

M6 : Alors là j'ai aucun problème.

M3 : On est d'accord le patient il fait ce qu'il veut [M6 : Ah ouais.], mais il fait pas n'importe quoi (.) C'est tout.

M6 : {plus fort} Ben si, si il décide d'aller voir sa pilule chez sa gynéco, c'est pas n'importe quoi !

M3 : Mais c'est pas ça, c'est pas ça [M4 : Non.]. C'est : « Oh tiens j'ai un bouton je vais chez le dermato. » Et après le dermato lui dit : « Mais demandez donc une lettre à votre médecin généraliste, c'est mieux remboursé », ben c'est normal de pas faire la lettre.

M6 : C'est normal [M3 : {soulagé} Et ben voilà.]. Non mais franchement, c'est des épiphénomènes, ça n'arrive pas tous les jours. Ca c'est des histoires d'éducation du patient.

M3 : Y a une mentalité, y a une mentalité chez les spés, qui est un peu stigmatisée par cet exemple-là.

M6 : Oui, mais oui, mais franchement c'est le truc euh, c'est relativement rare.

M4 : Non, non quand il, quand il parle de remettre le médecin généraliste au centre du système de santé, je suis comptable de la santé de mes patients, mais je suis aussi comptable, dans ce sens-là, des finances de la nation. Et là (.) je suis d'accord, enfin on peut, j'étends le débat en disant : voir quelqu'un reconvoqué pour une BPCO deux fois par an et avoir deux fois par an une EFR, des gaz du sang, et un test aux B2-mimétiques, alors que c'est <u>écrit</u> dans les RMO que c'est inutile, ça me révulse. Donc là, y a une partie des revenus qui partent.

M6 : Oui non mais là faut changer de correspondant et puis c'est tout, faut changer de pneumologue.

M3 : Y en a aucun (.) Ils font tous pareil pour ça. Mais le, le problème c'est ce qu'on disait tout à l'heure, c'est que c'est pas à nous de faire le ménage. Nous on peut que orienter les gens euh [M6 : Ah ben oui.] et leur expliquer les bonnes pratiques. Mais c'est pas non plus notre boulot, ça c'est à la Sécu de faire son boulot derrière.

M7 : Le, le C est lié à toute cette politique là. Pour une simple raison, c'est que le Parlement vote un truc qui s'appelle l'ONDAM, qui tourne euh, entre 2,5 et 6 %, qui est l'augmentation des honoraires médicaux (.) <u>libéraux</u>. Dans ce melting pot de l'ONDAM, ils mettent tous les honoraires : ceux des médecins généralistes, ceux des spécialistes. Cet ONDAM il est à 2,6 par an. Voilà, {fait un mouvement d'équilibre avec ses mains} système des vases communicants.

M4 : Les revenus des généralistes ont baissé de 0,6 % l'année dernière alors que ceux de certains spécialistes =

M7 : = Y a pas de mystère.

A : Alors, on va passer à la question suiv =

M3 : = Donc il faut déclarer la guerre aux spécialistes pour gagner plus {rires}.

M7 : Mais non, mais j'ai des correspondants spés qui sont très sympas, et j'ai confiance en eux.

A : Alors, que représentent les forfaits pour vous ?

M3 : Les forfaits, c'est quoi ça ?

A : La capitation, par exemple.

M3 : Ah le CAPI !

M7 : Le CAPI ?

A : Non, pour l'instant (.) Enfin, on va parler du CAPI après mais la capitation, c'est-à-dire une somme d'argent qui va vous être attribuée pour, par chaque patient, et pour l'année. Euh, voilà. Ça c'est un exemple de forfait.

M4 : Un autre mode de rémunération ? La rémunération par capitation, c'est ce qui se pratique en Allemagne.

M7 : Non, le CAPI c'est le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles, qui a été revu et corrigé dans la =

M4 : = Non non, non non, c'est pas ça, c'est la rémunération par capitation [M3 : Oui, c'est encore autre chose ça.].

A : Oui.

M4 : C'est-à-dire que tu as (.) 1 200 patients [M3 : Par tête oui.], et on va t'allouer 4 millions d'euros. Et t'as que 4 millions d'euros d'enveloppe pour <u>tout faire</u> : la chirurgie, les hospitalisations, la biologie [A : Voilà.], les médicaments, tes consultations, les consultations de spés.

M3 : C'est une autre façon de voir les choses hein, alors là hein, ça devient très gestionnaire hein.

M5 : {pour M4} Enfin, tu parlais tout à l'heure, on est responsable, enfin on est pas responsable, on est gestionnaire =

M4 : = On est comptable, on est pas responsable, ni gestionnaire, on est comptable des comptes de la nation. Ben là ça risque d'être encore pire.

M5 : On est responsable. Par contre je suis pas sur qu'on soit comptable des comptes de la nation. Euh ni de nos patients. On doit leur expliquer pour qu'ils comprennent, l'intérêt de certaines choses ou de [M4 : Ou d'inintérêt.]. Alors l'histoire de la capitation, le jour où je constate que j'ai un patient qui a le HIV, le traitement va coûter très cher, ou un insuffisant rénal dialysé qui va coûter très cher, tu peux pas en voir 36 parce que sinon euh (.)

M3 : Voilà, le biais c'est ça, c'est que si t'es dans la moyenne y a pas de problème mais dès que t'as des cas très particuliers, c'est un peu comme tu sais avec les nombres de jours d'arrêt de travail que tu donnes euh.

M4 : Ça marche en Allemagne.

M3 : Ouais je sais, mais enfin si t'as (.) Il faut, il faut que tu puisses redresser avec certains, avec certains facteurs quoi [M4 : Ben, ils doivent pouvoir le faire quoi.].

M5 : Tu parles de quoi là ?

M4 : La rémunération par capitation. En Allemagne ça tourne, ils tournent que avec ça, ils ont euh. C'est des points, c'est même pas une enveloppe, c'est des points. Et euh, ils ont leur compte de points et euh (.) ils doivent pas dépenser plus que leurs points, et si ils dépensent plus -enfin si ils dépensent plus- si ils <u>utilisent</u> plus de points [M3 : Oui mais y a une mutua… une mutualisation de (.)] Y a pas de mutualisation, t'as 1 200 patients =

M3 : = Mais dans ta patientèle si !

M4 : Ah oui, c'est mutualisé.

M3 : C'est à toi de gérer quoi.

M4 : Ben tu regardes à la fin de, à la fin de ton SNIR, à la fin t'as marqué : « Vous avez dépensé tant de millions d'euros. »

M3 : Oh ça se compte pas en millions =

M4 : = Tant de, tant de centaines de milliers d'euros. D'accord ? Ben en Allemagne, y a une enveloppe, et tu dois tout faire. Et à la fin le surplus, il est pour toi.

M6 : Comment ça le surplus il est pour toi ? Ca veut dire quoi ?

M4 : Ben tout ce que tu as réussi à économiser sur tes points, c'est ton, c'est un complément de salaire.

M6 : {étonnée} Ah bon ?

M3 : Ouais, c'est la prime à la fin de l'année.

M4 : C'est la prime à la fin de l'année, c'est-à-dire que =

M3 : = Tu soignes que des angines euh.

{rires de M6}

M4 : Non, mais si t'as réussi, si t'as réussi (.) Donc là, là c'est une question un peu (.) qui induit, qui induit, qui peut induire un biais [M6 : Ah ouais, ouais.] dans la façon dont tu, tu, tu as de travailler face à tes clients, parce que tu vas -enfin face à tes patients- parce que tu vas, à chaque fois -enfin là ça deviendra des clients- parce qu'à chaque fois tu vas essayer de le faire au moindre coût.

M5 : Mais est-ce que ça existe pas déjà pour les infirmières ?

M3 : Pis pas avoir des patients trop malades aussi.

M1 : Moi je vois 2 dangers, la capitation, c'est euh : augmenter artificiellement sa clientèle puisque apparemment le capital augmente en même temps que la clientèle [M4 : Oui.], par des pratiques particulières, ou par de la pub etc. {inspire profondément} Et l'autre danger c'est que, pour rester dans le capital qu'on te, qu'on te donne, lorsqu'on voit que ça augmente on délègue au spécialiste.

M3 : Oui mais ça te compte aussi.

M1 : Oui ?

M3 : Ce que dépense le spécialiste, si c'est ton patient, ça décompte de ta capitation.

M6 : Ah oui ?

M3 : Oui, c’est tout ce qui est dépensé par le patient en santé (.) C'est-à-dire que t’as un patient qui a une chimiothérapie pour un cancer, et qui a le malheur de survivre et ça dure longtemps et longtemps {rires de M6} et, t’es coincé quoi, enfin je sais pas c’est (.) Je tire à l’extrême, c’est pour montrer l’horreur du truc éventuellement.

M6 : Oui.

M3 : C’est : « Cette année j’ai pas eu de prime parce que j’ai eu 3 cancéreux » quoi.

M4 : Tu peux être amené à essayer de restreindre des soins.

M3 : « Si j’avais pas fait le dépistage, ils seraient morts tout de suite, et j’aurai gagné plus de sous ».

M6 : Ah oui, ça peut être pervers oui, c’est bizarre ce système.

M5 : C’est en train de se mettre en place euh, dans les maisons de retraite, les gens =

M3 : = Je sais. Ben ils veulent tant d’Alzheimer pas plus et tout. Je sais.

M5 : Non non, c’est un patient dans une maison de retraite, en fonction du lit dans lequel il est, il doit coûter tant.

M3 : C’est un souci de rentabilité, c’est pas autre chose hein.

M5 : C’est de l’optimisation {soupire de M3}. Ah non mais c’est (.) Je veux dire, attendez à une époque, dans les maisons de retraite les infirmières elles ne voulaient plus nourrir les patients, on leur a donné des compléments alimentaires, enfin c’était scandaleux quoi [M3 : Ouais.]. C’est les mêmes pratiques hein. On peut peut-être passer un peu de temps pour nourrir les =

M4 : = Donc la, la rémunération par capitation, pour moi non. Parce qu’il y aurait une (.) Y aurait un risque de (.) La généraliser, je pense qu’il y aura toujours des bonnes âmes pour faire les choses au mieux, mais le sentiment schizophrène de devoir soigner son patient toujours au meilleur coût et en permanence se poser la question : « Si je dépense trop », « Ça, ça va pas », « Ben je vais pas lui faire son IRM, je vais lui faire autre chose, ou je vais attendre et surseoir parce que ça coute de l’argent », je pense que ça (.) peut entraîner, ça peut entraîner une diminution de la qualité de soins. Maintenant je connais pas ce qui se passe en (.) Allemagne, je sais pas si ils ont de moins bons indicateurs de santé que nous.

M6 : Oui, je sais pas non.

M3 : Avec ce système-là, t’as pas intérêt à ce que les gens, quand ils ont une pathologie lourde, ils vivent longtemps. C’est tout. Économiquement t’as aucun intérêt. De toute façon on le sait que c’est pas rentable. Ben oui quand on s’occupe des gens euh.

M4 : Après c’est ton éthique.

M3 : {soupire} Ouais, ben ouais.

M4 : Alors est-ce que tout le monde est suffisamment éthique pour rentrer dans ce système ?

M5 : Ceci dit, l'histoire de l'IRM, c'est un, c'est un problème pervers. Y a un patient euh, je sais pas des fois on attend (.) On se dit : « Y a une lésion », on l'envoie voir quelqu'un qui dit : « Ça serait bien d'avoir une IRM ». T'attends 2 mois, t'as un arrêt de travail pendant 2 mois, avant d'être revu par quelqu'un. Je veux dire, ça coûte cher en arrêts de travail tout ça. Alors que c'est des examens, si on les avait facilement, on décanterait facilement les choses quoi [M6 : Ouais, ouais ouais.]. On gagnerait du temps, on perd de l'argent aussi, en le faisant pas quoi.

M3 : Mais là c'est pas nous qui perdons de l'argent, c'est la Sécu qui perd de l'argent. C'est, ça coûte cher.

M5 : {vers M4} Non mais comme tu disais on est comptable [M3 : Mouais pfff.] des dépenses de santé.

A : Et, est-ce que vous avez signé un CAPI ?

M4 : Oui [M5 : Oui.].

M6 : Non.

M3 : Non.

M7 : Non.

A : {vers M4 et M5} Alors, ceux qui l'ont signé, pourquoi ?

M5 : Alors moi je l'ai signé parce que ça m'amusait de voir un petit peu quels étaient les (.) comment est-ce qu'on pouvait travailler sur euh, les paramètres qui nous étaient indiqués. Et euh (.) Voilà, quels étaient les référentiels qu'ils nous donnaient etc. Et c'est très (.) savoir un peu les paramètres. On a tous l'impression d'avoir de très bonnes pratiques, et puis on se rend compte sur certains indicateurs : « Wahouuu ! » {rire contenu de M6}, « Je suis très mauvais ». Et euh, comment est-ce qu'on peut faire en fait, je trouvais que c'était intéressant en fait, de, de, de temps en temps les visionner et se dire : « Bah oui ». C'est l'histoire des vasodilatateurs par exemple. On s'est tous dit à un moment : « On en prescrit plus » {acquiescement de M6}. Et puis en fait y avait encore du TANAKAN®, y avait encore des trucs, y avait encore du VASTAREL®, donc on se dit : « Ben tiens ils sont plus dedans, ben oui il faut euh (.) ». C'est l'histoire des benzos à, à demi-vie longue. On se dit : « On est mauvais, qu'est ce qui se passe ? » Et puis on se rend compte. Et le, le CAPI ça nous les donne en fait ces paramètres, c'est intéressant.

M6 : Non, c'est bien.

M4 : C'était la même raison.

A : Vous le vivez un peu comme un indicateur de qualité de vos pratiques.

M5 : Ah oui oui. Et comment la, comment la caisse pouvait nous aider en fait à ce niveau-là. Ça a pas été facile en fait, au départ, et puis maintenant euh, on y accède depuis ameli, en fait on peut les voir =

M3 : = Mais même si tu as pas signé tu accèdes exactement à la même chose.

M5 : Ah bon ben d'accord mais euh =

M3 : = Non non, mais je te le dis hein euh. Les indicateurs tu les as aussi =

M5 : = À une époque c'était pas, c'était pas euh =

M3 : = Si, dès que les indicateurs étaient sur la caisse euh, tu pouvais, tu pouvais y avoir accès.

A : Et qui d'autres a signé un CAPI ?

{M4 lève le bras}

A : {vers M6} Vous ? {réponse négative de la tête de M6}. {vers M7} Et vous ? {réponse négative de la tête de M7}. Alors les autres, pourquoi est-ce que vous l'avez pas fait ?

M3 : Parce que je suis en exercice de groupe, sinon je l'aurai fait =

M6 : = Exactement pareil, je suis en exercice de groupe.

M3 : {résigné} Pis, tous les autres ils étaient contre alors (.) J'avais pas envie de me prendre la tête parce que c'est pas un bon cheval de bataille mais euh. Maintenant qu'on y est tous maintenant, et puis que c'était quasiment sûr que ça allait tourner comme ça.

M6 : Mais oui, mais nous euh, on est complètement intriqués donc euh, moi les patients euh, je me suis installée en 2005, ils ont signé avec moi mais de façon aléatoire hein. Donc euh, moi c'est impossi… Alors par exemple VASTAREL®, TANAKAN®, je passe mon temps à les arrêter, ou à proposer aux gens de les arrêter. Sauf que euh, mes associés n'ont pas la même pratique donc du coup c'est « queue de chique ». Donc du coup je n'ai pas euh les indicateurs en question, pour ceux que j'ai en tête, je, je ne peux pas influer euh. Enfin, le chiffre serait faux. Parce que le chiffre, du fait que je suis en groupe, ça parle, ça parlerait aussi beaucoup du chiffre de mes associés. Donc c'est pas possible en association. En tout cas dans mon association, peut-être que dans d'autres ça marcherait mieux mais =

M3 : = Oui mais tu dois quand même pouvoir imposer ta marque =

M6 : = Mais je le fais, mais je veux dire (.) Ça se sent pas en chiffres, évidemment je le fais. Euh, moi, toutes les personnes qui viennent me voir, que moi, les personnes âgées ben elles ont pas de TANAKAN®, elles ont pas le VASTAREL®. Mais, très souvent, du fait qu'on trav… qu'on travaille par demi-journée y a certains patients qui viennent voir soit les uns soit les autres, donc dans ce cas-là euh, c'est pas possible de faire un CAPI.

A : D'accord.

M3 : Oui mais c'est que les chroniques, et les chroniques c'est les tiens donc euh. C'est ceux-là surtout sur lesquels =

M4 : Ben si parce que quand ils vont voir le collègue, le collègue dit : « Ben tiens, tel truc il serait bien pour votre euh (.) »

M6 : Ouais.

M3 : Ben le collègue à un moment il arrête de mettre des conneries parce que je crois [M6 : Ben non !] pas qu'il y croit aux vertus du VASTAREL®. Enfin y en a plus mais euh. Je veux dire il y croit pas, il met ça parce qu'il sait pas quoi mettre euh.

M6 : Mais c'est des vieux qui ont ça depuis 30 ans. Punaise pour leur arrêter, mais c'est l'horreur. Si j'étais toute seule j'aurai beaucoup plus (.) probablement plus de facilité (.) Probablement.

M7 : Moi je suis tout seul, et pour les arrêter c'est (.)

M6 : Faut ramer hein [M7 : Ouais.].

M3 : Mais au moins t'es tout seul {rires de M6}. Les autres te coupent pas l'herbe sous les pieds {rires}.

M7 : Moi j'ai pas signé le CAPI, parce que je ne sais pas dans quelle profession, on peut imposer directement à une profession un contrat, sans discuter avec leurs syndicats (.) Faites donc ça aux agriculteurs ou aux enseignants, et vous allez voir ce qui va se passer. Et, les médecins, on leur a collé une carotte en disant : {fait un mouvement avec sa main} « Ta da da da da », et y en a 10 000 ou 15 000 qui ont foncé là-dessus.

M6 : Moi je trouve que c'est quand même un indicateur de qualité.

M7 : Mais, excuse-moi je l'ai pas signé. Est-ce que j'ai besoin de ça pour savoir que le VASTAREL® euh, le VASOBRAL® =

M6 : = Et ben moi je suis, moi je suis d'accord {montre M5} avec ton discours, de dire : « On se croit tous bons ». Et puis punaise on voit les chiffres certaines fois euh.

M3 : Mais au départ (.) Ce qu'il voulait dire c'est qu'au départ c'était pas euh (.) moi les indicateurs là je les ai reçu aussi. Mais ils existaient pas avant, donc ils existent depuis deux ans =

M6 : = Mais c'est vachement bien que ça existe des indicateurs pareils. Parce que c'est accepté de se remettre en cause.

M7 : Attends =

M3 : = Ce que tu veux dire c'est qu'on est pas obligé de signer le CAPI pour suivre les indicateurs, pour voir =

M7 : = Eh non =

M3 : = Voilà, donc ça, on est d'accord.

M7 : Et d'ailleurs maintenant ils viennent d'intégrer le CAPI, qu'ils appellent plus le CAPI, à la convention [M6 : Ouais, c'est autre chose.]. Les syndicats ont signé -est-ce qu'ils ont bien vu que tout le monde signait et que si eux voulaient pas les gens signaient quand même ?- donc ils l'ont fait. Et tous ces indicateurs on les a. Et ils sont, ils sont quand même pas compliqués à tenir ces indicateurs. Ce sont même pas des indicateurs ce sont des règles de bonne pratique.

M6 : Ben oui, mais c'est intéressant ces règles là.

M3 : C'est là qu'on se rend compte que c'est pas si évident que cela.

M6 : C'est pas si facile hein, je suis d'accord.

M3 : C'est comme l'audit, les critères en moins.

M6 : Moi je suis pas, je suis loin d'être à 90 % des frottis euh =

M4 : = {pour M7} Et toi t'y arrives ? {mouvement de la tête d'affirmation de M7}. Tous ?

M7 : Oh j'y suis pratiquement à tous oui.

M3 : Bah il bosse tout seul, c'est facile.

M6 : {acquiesce} En groupe c'est plus difficile.

M5 : Regarde la vaccination. La première année, j'étais largement au-dessus de l'objectif dès le départ quoi. Y a eu la grippe A, je suis passé en-dessous, et largement en dessous quoi [M4 : T'es passé en-dessous.] Ben oui. [M7 : Oui oui, mais (.)]

M6 : En-dessous de quoi ?

M5 : La grippe A.

M3 : Enfin la vaccination euh, le pourcentage de vaccination des plus de 65 ans.

M5 : Y a eu la grippe A, le fait que les infirmiers puissent, puissent le faire, je suis passé en-dessous. Ça a remonté un peu parce que, en essayant de faire quelque chose.

M7 : Oui mais écoute, tu vas pas vivre avec ce trait {fait un mouvement de ligne droite dans l'espace}, être au-dessus ou en dessous.

M6 : Mais non mais il faut savoir, soit tu dis : « C'est un indicateur de qualité et je suis bien dedans et » =

M4 : = C'est de l'audit.

M6 : C'est un audit, exactement. C'est un audit de qualité. Et ça c'est une bonne chose, on peut pas dire (.) Enfin =

M7 : = C'est pas un audit de qualité, je suis désolé. Je suis prêt à parier avec vous, mais je ne serai pas là pour le voir, que vos indicateurs dans les 10 ans qui viennent ils vont être de plus en plus difficiles à tenir.

M5 : Mais j'en suis convaincu.

M3 : Mais bien sûr.

M7 : Et vos indicateurs de qualité, c'est comme pour avoir 85 % d'admis au bac. Il faut mettre une moyenne à 10. Ils vont vous mettre une moyenne pour que x % des médecins touchent x % de sous. Ca va devenir un critère pas de qualité, ça va devenir un critère é-co-no-mique. On prend les paris ? Alors là.

M5 : Mais ça va être utile pour nous dire : « Euh voilà, regardez ». Euh, les mammographies ? On va donner le chiffre des mammographies, « Ben, vous êtes pas à l'objectif docteur ». Et là dans votre environnement, ils sont à 80 %, vous êtes à 50 %, qu'est ce qui se passe ?

M3 : Oui alors là on rentre dans les (.) C'est pas le bon exemple euh.

M6 : Oui c'est vrai que c'est difficile la mammo parce que =

M5 : = Oui, ces jeunes femmes qui prennent la pilule, elles ont pas forcément besoin de faire une mammographie mais est-ce que, est-ce qu'on a le réflexe ? On a tous l'impression de toute façon de bien travailler etc, de [M6 : Oui, moi je suis d'accord avec toi.], de se donner, de pas compter notre temps et =

M3 : = Et ben tu fais des audits.

M6 : Oui, mais (.) Oui, c'est bien de faire des audits.

M4 : Oui mais c'est moins exhaustif hein quand tu fais 2 mois de recueil ou bien que tu as un recueil sur toute l'année (.) Quand t'as un recueil sur toute l'année, c'est pas du tout la même chose.

M5 : C'était l'histoire aussi, par rapport aux logiciels, qu'est ce que mon logiciel peut m'apporter ? Est-ce que ça devrait m'apporter quelque chose ?

M6 : Oui, c'est bien, c'est comment se poser des (.) Parce qu'on est tout seul dans nos pratiques. Donc comment se poser des questions, comment (.) {plus bas} Je trouve que c'est bien.

M3 : Enfin c'est toujours pas euh (.) Là, on est en train de dire que c'est bien, mais on n'a pas parlé de l'aspect financier du CAPI hein.

M6 : Non, mais moi l'aspect financier euh.

M3 : Donc on est tous d'accord pour l'idée d'avoir des indicateurs et tout, mais est-ce qu'il faut signer pour avoir des sous ? Euh {montre M7} lui il est pas d'accord, moi je m'en fous [M6 : Moi aussi je m'en fous.]. {vers M4 et M5} Et vous, vous avez pas fait ça pour les sous ?

M5 : Y a une carotte qui est tombée, je l'ai prise.

M3 : Ouais, c'était en plus.

M4 : C'est ce que je disais tout à l'heure, si on me paye 25 € au lieu de 23, je les prends hein [M3 : Oui, voilà.]. Et voilà, y avait une opportunité, on est venu me voir et (.) Contrairement à {vers M7} -les syndicats n'ont pas signé-, je suis libéral, je décide en ma propre conscience de ce que j'accepte de gagner comme argent, avec les gens avec qui j'ai envie de le gagner. On me le propose, d'après les indicateurs qui m'ont été proposés à la présentation, c'était facile à faire. Bah, c'est facile à faire, je le fais, ça dure 3 ans (.) Et j'ai pas de contrepartie à donner.

M3 : Moi ils sont même pas venus pour me voir, tu te rends compte ? {rires de M6}. Mais je suis pas intéressant, je bosse à mi-temps et tout, je glande. Ça les intéresse pas {rires}.

M6 : Moi je bosse à mi-temps mais je l'ai vu moi.

M3 : Ou alors, je devais déjà être trop bien dans les indicateurs donc ils voulaient pas me faire signer {rires}.

M5 : Mais justement ils ont été démarchés les gens qui, les gens qui étaient intéressants, parce que euh, pour inciter les autres.

M3 : Ouais mais quand t'as euh. Moi j'étais jeune médecin, ça fait que, ça fait 5 ans que je suis installé moi.

M5 : En fait il fallait que t'aies une clientèle qui soit représentative aussi [M6 : Oui.], avec tant de patients en ALD, tant de patients euh. Tout le monde n'était pas éligible.

A : Qu'est-ce que vous pensez des, des différents objectifs de paiement à la performance, qui sont mentionnés maintenant dans la nouvelle convention ?

M3 : Je suis pas d'accord avec tous les objectifs. On a parlé de l'exemple de la mammo par exemple euh, ça c'est (.) Je suis (.) Il faut qu'il y ait des décisions collégiales et au niveau médical qui soient mieux faites, que ce soit pas la Sécu qui dise, ou les politiques qui disent : « Faut que tout le monde ait sa mammo », pis qu'après euh, nous faut qu'on suive derrière, on peut ne pas être tout à fait d'accord.

M4 : Pourquoi, t'es, t'es opposé au chiffre de 80 % ?

M3 : Non je suis opposé au fait d'obliger les gens à faire des mammographies alors qu'on n'a pas démontré à 100 % que ça servait à quelque chose [M6 : Ouais.]. C'est comme le PSA -bon, on a pas encore l'objectif PSA-, on l'aura jamais au moins celui-là =

M7 : Si, si, si si il va venir.

M6 : Ohhh, je crois pas, il est vachement controversé hein.

M3 : J'ai plutôt tendance à dire qu'on l'aura pas [M6 : Ouais, moi non plus j'y crois pas.] mais euh le vent tourne en ce moment. Mais euh, mais tu vois c'est typiquement ce genre de trucs-là, on va dire euh : « Il faut faire des dépistages, t'as 100 % de tes mecs de plus de 50 ans euh, ou 80 qui doit faire un dosage au PSA ». Ca sert à rien, c'est dangereux, en plus ça entraîne des surcoûts importants. C'est un très mauvais indicateur ça. Bon la mammographie on est entre les deux.

M5 : Les PSA faut pas en parler, mais je pense que c'est euh, les paramètres qui sont dedans, c'est des paramètres qui sont effectivement sensés nous influencer. Influencer les corps de médecins, c'est tout ce qui concerne l'informatisation des cabinets. Je veux dire euh, voilà, ça va tourner tout seul parce qu'on est bien informatisé, parce qu'en fait on a des logiciels qui sont, qui sont adaptés, on a affaire à des banques de données, tout ça. Je veux dire, c'est des effets, c'est d'effets d'aubaine. Et on se dit : « Mais pourquoi, pour les autres euh, grognent là-dessus » quoi. Alors y a d'autres indicateurs, je les ai plus en tête, on me les a présentés à la consult mais je sais plus [M6 : Oui moi non plus, je les ai pas en tête hein.]. Pourquoi pas, mais je pense que c'est pour nous influencer, pour qu'on réfléchisse là-dessus et du coup on va euh, on va assister à des soirées de formation et euh voilà. Donc, pourquoi pas (.) Mais, mais je suis pas pour abandonner la lettre-clé.

M4 : C'est vrai qu'y a certains indicateurs qui prêtent, qui prêtent à controverse. Y a certains indicateurs qui ne sont pas assez précis. Quand on te dit de prescrire =

M3 : = Ben l'avantage avec le CAPI, c'est que tu pouvais plus ou moins choisir quoi mais (.) Alors que là t'as plus le choix quoi, ça c'est sûr.

M4 : Ben si, si, tu peux très bien ne pas le faire, t'auras pas un rond [M3 : Je sais, mais c'est pas.]. Tu peux très bien choisir de continuer à prescrire du CRESTOR®, y a personne qui en a rien à foutre. Donc c'est ton problème. Voilà, sauf que si tu prescris de la Simvastatine ou de la Pravastatine, ben tu vas tomber dans les critères de rémunération du, du P, du P4P. Et t'encaisseras l'argent. Comme, comme dit M5 c'est un effet d'aubaine.

M3 : Non, ça c'est pas un effet d'aubaine. Quand y a un indicateur qui, lié à la santé, on ne parle pas de l'informatisation, y a, enfin y a des choses qui sont vraies médicalement, et y a des choses qui ne le sont pas. On peut pas entre guillemets, mettre un indicateur en place, alors qu'il ne correspond pas à une amélioration de ta prise en charge de ta patientèle. Si tous tes gens sont sous Pravastatine plutôt que CRESTOR®, ben à priori jusqu'à preuve du contraire c'est mieux. Oui parce qu'il y a des preuves que la Pravastatine ça marche alors que le CRESTOR® on n'en est pas là. On imagine que par effet de, machin etc. Mais (.) on le sait pas. Donc, peut-être que tu donnes une moindre chance à tes patients, si tu suis pas cet indicateur : y a un intérêt pour les patients, celui-là que tu le suives. La mammographie ? Non (.) Et y en a d'autres euh, que tu aies le logiciel *Machin* ou le logiciel *Machin*, ça change pas grand-chose pour ton patient.

M4 : Tu te bases, tu te bases sur le dernier truc de *Prescrire* là ?

M3 : Pas que *Prescrire*.

M4 : Parce que *Prescrire* ils sont controversés, ils disent pas que ça a pas un intérêt, ils disent que l'intérêt est limité.

M3 : Il est suffisamment limité, et il est contrebalancé par l'effet anxiogène et tout le bazar que tu génères quand tu fais une irradiation =

M6 : = Ils disent que l'irradiation est importante, qu'on peut pas =

M3 : = Donc pour répondre à la question, on peut pas inciter tout le monde à le faire simplement parce qu'on a pas de réponse à la question. On est pas là à dire que c'est bien, que c'est pas bien, mais pousser tout le monde à le faire, c'est pas une bonne idée (.) dans la mesure où on sait pas. C'est (.) Le but c'est pas de dire que la mammographie c'est pas bien. Hein, moi les femmes qui me demandent une mammographie, elles la font, y a aucun problème [M6 : Ah ben oui.], mais je suis pas là pour militer pour qu'elles le fassent [M6 : Oui moi non plus.]. Parce que c'est pas prouvé. Et pour la santé de mes patientes, dans la mesure où c'est comme autrefois où ils filaient euh, des traitements hormonaux substitutifs pour la ménopause etc, on nous a bourré la tête à la fac avec ça, on en a fait tous euh, parce que ça semblait être la panacée. Et puis Paf, on est tous tombés euh, le cul par terre, et puis : « Ah ben zut, c'est pas si bien que ça », et on a arrêté d'en faire. Bah euh voilà, faut pas euh, qu'on parte dans, dans le même genre de dérives à chaque fois.

M5 : On en fait encore des traitements pour le euh =

M3 : = Oui, mais ils sont justifiés. C'est pas pour, c'est pas pour éviter l'ostéoporose, c'est (.) Voilà.

M6 : C'est pour les bouffées de chaleur.

M4 : Donc la conclusion c'est que les indicateurs sont controversés ? {rires de M6}

M3 : Il faut que les indicateurs soient pas (.) Voilà : si ils sont pas controversables, la Sécu elle a le droit de dire que je dois bien travailler, c'est elle qui paye. Pourquoi pas ?

M5 : Je crois pas que ce soit le bon discours, parce que ce sont quand même des indicateurs qui ont dû, qui ont dû être évalués. Alors pour l'informatisation, c'est clair que c'est des logiciels qui déjà peuvent faire des télétransmissions [M3 : Y a des décisions politiques.] mais euh, pour tout le reste, y a quand même des commissions =

M3 : = Pas pour tout, je t'assure, non non non !

M5 : Ça m'étonnerait que ce soit euh de l'administratif pur.

M3 : Vu le fonctionnement de l'AFSSAPS pendant des années etc, tu sais les décisions qui se font là-haut euh (.) Maintenant ça a l'air un peu plus clair hein, mais bon.

M7 : Maintenant c'est le balancier est parti de l'autre côté.

M3 : Voilà, maintenant ils osent plus rien dire.

M7 : Maintenant RIVOTRIL®, faut que tu envoies chez le neurologue. Pour quatre gouttes de RIVOTRIL®.

{silence}

A : Alors quel, alors quel type de rémunération vous semblerait optimal ? On a abordé euh, pas mal de choses. Alors euh, entre l'acte, le salariat, la capitation, le paiement à la performance, le système mixte, euh =

M4 : = Y a le truc suisse que vous avez pas évoqué.

A : C'est quoi le truc suisse ?

M4 : Les suisses sont payés au temps. Le médecin généraliste suisse il est payé au temps.

M3 : {prend l'accent suisse, parle lentement} C'est intéressant ça, d'avoir une hypothyroïdie {rires}.

M2 : Uniquement au temps ?

M4 : Je pense, dans mes souvenirs, j'ai des amis qui ont vécu en Suisse, ils sont payés au temps. Et donc vous appelez, vous dérangez le médecin 2 minutes, il vous envoie une facture 2 minutes. Vous passez 18 minutes en consultation, vous avez une facture 18 minutes.

A : Ça serait mieux ?

M4 : Ah je dis pas que ça serait mieux mais =

M3 : = {soupire} Non mais tout est possible. Je suis pas sûr que ce serait pire que la consultation à la C hein. Ca reste toujours un problème de toute façon {rire étouffé}.

M4 : Non, pour moi la rémunéra… la rémunération la plus juste, ça reste le consult… la consultation C pour ce que j'ai dit tout à l'heure : c'est les grands principes de l'après-guerre où, tu payes pas en fonction de tes revenus, tu payes pas en fonction de ta maladie, c'est égalitaire pour tous. Après, on doit (.) augmenter nos revenus, sans pour autant que le prix de la consultation, aux yeux du patient, devienne euh (.) Je pense que pour atteindre le revenu d'un cardiologue ou le revenu, le revenu d'un anesthésiste, la consultation elle doit passer aux alentours de 45 ou 50 euros.

M5 {tout bas} : Je dirais même plus.

M4 : Voilà, est-ce que, socialement, cette mesure elle est acceptable ?

M6 : Ouais, est-ce que ça les vaut hein ? Parce que pour une angine, pour une rhinopharyngite, 50 euros, ça me fait mal de les demander hein.

M4 : Le C égalitaire, c'est ça. Est-ce que le C, socialement, à 50 euros, il sera accepté ?

M3 : Que tu passes 10 minutes ou une demi-heure avec quelqu'un c'est le même tarif hein. Quand vous vous aurez un jour un problème de dépression ou je ne sais pas trop quoi [M6 : Oui, bien sûr, je suis d'accord mais.], je viendrai vous écouter, et ça sera le même prix.

M6 : Mais moi 23 euros j'ai pas de souci, mais demander 50 euros à tout le monde euh, sous prétexte qu'on a envie d'avoir le même salaire que les cardiologues, moi j'en ai rien à faire d'avoir le même salaire qu'un cardiologue.

M3 : Moi ce qui me plairait c'est qu'ils aient {frappe son poing gauche dans sa paume droite} le même salaire que moi {rires} {rires de M6}.

M6 : Mais non mais =

M3 : = Comme on peut pas tous avoir des Rolls Royce il faut tous rouler en 2 CV, c'est pas bon non plus.

M6 : Non mais lui il a investi dans sa machine, bon ben voilà.

M3 : On s'en fout des autres.

M6 : {rires} Mais oui, moi je m'en fiche.

M7 : Je me souviens d'une époque où, on était venu me proposer, une super machine, électrothérapie machin. Et le gars qui était venu me, au cabinet m'avait dit : « Ça vaut euh X milliers de francs » à l'époque, « pour rentabiliser votre machine [M6 : Ben oui.], il suffit que tous les jours vous mettiez x personnes dans la machine pendant 10 minutes. Au bout d'un an et demi, elle est rentabilisée ».

M3 : Les cardiologues ça fonctionne comme ça hein.

M4 : Ils sont en train de faire la même chose pour le dépistage de l'apnée du sommeil chez les généralistes installés. Moi j'ai été approché.

A : Alors, pour le reste des personnes autour de la table, quel type de rémunération (.) C'est, c'est le paiement à l'acte qui vous paraît le plus (.) correct en type de rémunération ? Ou est-ce que vous pensez qu'il y a des systèmes mixtes qui peuvent être euh, plus satisfaisants ?

M1 : Moi je pense que le paiement à l'acte va encore subsister pour plusieurs raisons : parce que d'abord y a une baisse de la démographie médicale, donc euh, faut pas oublier que là on parle de finances, de la sécurité sociale, et toutes les mesures là qu'on essaye de, d'avancer, c'est dans le but de faire des économies. Hein y a bien sûr le côté qualitatif bien sûr qui est toujours mis en avant, mais l'arrière-pensée, elle est toujours économique. Donc le paiement à l'acte n'est pas, je pense pas, n'est pas euh (.) n'est pas menacé dans la mesure où il y a une baisse de la démographie médicale. Donc de ce côté-là au niveau des honoraires, ça va pas être le gros problème. Y aura certainement des solutions mixtes, c'est-à-dire qu'on va donner euh, une petite part de (.) de rémunération forfaitaire pour certaines choses. En ce moment on parle de, d'incitations pour les installations. Enfin, c'est, c'est (.) Mais ce sera de (.) Je pense qu'au niveau de, du financement et puis des, y aura des choses très variés, très (.) Mixte, une solution mixte en fait, en fin de compte.

A : Et ça vous paraît plus optimal qu'actuellement ?

M1 : Ben ça correspond à mon avis à, à la situation du moment, ça, ça risquera peut-être de changer euh pour d'autres raisons. Mais actuellement je pense que c'est (.) En tenant compte de tous les impératifs hein.

M4 : La montée en puissance de la rémunération sur objectifs, elle va, elle va continuer à croître. En Angleterre ça représente jusqu'au, jusqu'à 30 % de la rémunération des généralistes. Et ils ont plus d'une centaine d'indicateurs. Et dans ces indicateurs, y a des indicateurs qui sont plus valides, c'est-à-dire que pour les statines ils ont clairement nommé, ils ont clairement nommé Prava et Simva, pour euh, ils les nomment clairement. Pour les IEC, ils nomment clairement les 3 de tête.

M3 : Oui, du moment qu'y a des études qui sont faites euh, qui prouvent que certains sont moins bons par rapport à d'autres, ça me paraît normal.

A : Alors on a évoqué certains pays européens, enfin certains voisins en terme de rémunération, on a évoqué l'Allemagne, on a évoqué euh, la un petit peu l'Angleterre, le Luxembourg, la Suisse. Est-ce que y a d'autres pays pour lesquels vous connaissez encore le mode de rémunération ? Italie Espagne etc ?

M7 : Moi je peux dire que les Grecs ils vont pas bien {petit rire}.

{rires de A}

M7 : Parce que j'avais une stagiaire grecque qui est reparti en Grèce, et là elle bosse dans un hôpital, et elle touche 800 € par mois. Dans un hôpital salarié.

M4 : Non je connais pas le mode de rémunération en Espagne ou au Portugal, mais je pense que c'est toujours en C, pareil en Italie.

M2 : C'est plus cher aussi, en Espagne.

M4 : Ouais, et en Italie aussi, y a que au Portugal et en Grèce que c'est moins cher que chez nous.

M2 : En Espagne il est super cher le C.

M4 : En Belgique je ne sais pas. En Allemagne je sais que c'est par capitation, en Angleterre, c'est un mélange C et puis euh, rémunération forfaitaire. Nous en forfait on a déjà, la rémunération de 40 € pour tous les ALD que vous avez, pour toutes les ALD que vous avez. Donc ça ça fait partie de (.)

A : Oui justement personne n'avait parlé de la rémunération par forfait, donc les 40 € par patient en ALD, les forfaits de permanence des soins =

M3 : = Oui moi je le vis comme un paiement pour la paperasse qui a été faite, c'est pas {soupire}, c'est pas vraiment (.) Un dossier ALD c'est de la paperasse, moi j'aimerais bien que pour la MDPH y en ait un aussi

M5 : À l'époque on était payé quand on le faisait en fait, c'était tous les 5 ans, voire même plus. Et c'est vrai que là euh, on n'est plus payé quand on le fait, mais euh, tous les ans ça tombe.

M4 : C'était une manière, c'était une manière détournée d'augmenter, d'augmenter le prix de la consultation. J'ai fait la compta y a pas longtemps, c'est pas (.)

M3 : Non je sais, j'en ai 150 des ALD moi donc euh, ça rapporte hein.

M5 : Ce qu'il y a c'est qu'ici autour de la table, on a tous des pratiques de médecine générale quasiment pures, on n'a pas d'homéopathes, pas de trucs comme ça, qui ont du coup pas de, pas de forfait ALD. C'est vraiment représentatif en fait de, de nos pratiques quoi.

A : D'accord.

M5 : Alors à côté je pense que nos pratiques au jour d'aujourd'hui c'est pas les mêmes qu'il y a 20 ans, qu'on est euh, y a 20 ans, on s'installait chacun dans son coin. Maintenant on est incités à se regrouper, travailler à 2 voire 3, voire des gros cabinets. Euh est-ce que (.) toute cette tarification, à la performance (.) {regarde M6} Tu nous disais tout à l'heure que c'était pas facile, que pour le CAPI tu pouvais pas, est-ce que ça sera plus pratique dans d'autres cabinets, en fonction des temps, enfin pour les médecins qui veulent un temps de travail réduit, qui seront amenés à, à partager les patients, ça va être compliqué hein. Ca va être complexe tout ça.

M6 : Oui ça va être compliqué, ou alors en association faut vraiment travailler de façon homogène : tout le monde travaille pareil.

M3 : Non, ça tu peux pas.

M5 : Je pense que c'est difficile hein.

M4 : Ben cette incitation, cette incitation financière peut peut-être nous amener à, à réfléchir =

M6 : = Peut-être oui.

M1 : Ça change de nom, mais c'est toujours la même chose sauf que t'as les incitations financières. Quand on parlait des RMO, c'était aussi ça [M6 : Ah oui.] sauf que c'était pas

financé, c'était des recommandations. Mais c'est toujours la même chose, et ça revient à la surface sous un autre nom.

M5 : Des fois tu reçois des courriers, les gens ressortent de l'hôpital avec d'autres statines, et c'est vraiment difficile à changer.

M6 : Oh, c'est dur ça. C'est comme INEXIUM® hein {soupire}.

M4 : Non ça c'est une histoire de =

M3 : = Si, les IPP, c'est le même genre de trucs : c'est l'hôpital qui a bouffé, qui a, qui a noyé tout et euh. À part ceux qui étaient jamais allés chez le gastro-entérologue euh, ils étaient tous sous INEXIUM®.

M2 : Mais parce qu'ils ne donnent que ça à l'hôpital, y avait que ça.

M6 : Bien sûr.

M3 : Il doit y avoir que du CRESTOR® aussi {rires de M6}. Et y a que AUGMENTIN® en antibio et {rires de M6}, y a que du PLAVIX®, y a pas de sachet d'aspirine, ils ont perdu euh =

M4 : = Non à Bon-Secours ils ont de l'EFFIENT® là, y a plus de PLAVIX®.

M3 : Ouais, bof.

A : C'est juste {rires}.

M4 : Donc ils arrivent à la maison, {fait un mouvement de jet} Et hop, jetez la boîte !

M3 : Voilà, ils sortent avec des ordonnances à 300 et puis euh, quand t'as simplifié, avec le même traitement t'es euh, t'es en dessous de 100.

A : Est-ce que vous seriez prêts à changer de mode de rémunération ?

M3 : Oui [M6 : Oui.].

A : Alors, les oui, pourquoi ?

M6 : Ben pour ce qu'on a dit, par rapport à (.) Moi franchement je me vois bien salariée. Pour l'histoire de la comptabilité euh. Et parce que, je sais pas, il me semble que ça me <u>détacherait</u> de, de l'aspect financier. Moi je suis salariée, ça tombe, ça tombe, ça tombe à la fin du mois et puis euh je travaille comme je veux.

M4 : Quel que soit ton temps de travail ?

M6 : Ah ouais. Ben quel que soit ton temps de travail, moi j'ai la chance d'être à mi-temps [M3 : Oui, ça serait au *prorata*.]. Et ben oui moi je travaille à mi-temps, je suis salarié à mi-temps, y a pas de raison que je sois salarié euh =

M4 : Oui, tu travailles à mi-temps. Tu travailles <u>strictement</u> 4 heures par jour ? Pas une de plus ?

M6 : Non, ben bien sûr que non, c'est pas un mi-temps de salariée, c'est euh (.) En fait lisser à l'année, je pense, je pense que je fais un plein temps, parce qu'entre les remplacements de mes associés, quand je suis en, quand je suis toute seule. Largement ouais. Mais euh =

M4 : = Ça reste du paiement à l'acte, pour moi.

M3 : Mais dans tous les cas ça reviendra toujours à du paiement à l'acte parce que la Sécu ils vont comptabiliser le nombre de personnes que tu soignes euh.

M6 : Oui, c'est ça, c'est ça =

M3 : = Même si t'es salarié. Mais t'es dégagé de toutes les contraintes administratives -enfin pas administratives- comptables. Pas administratif, tu auras toujours des papiers à faire.

M4 : Moi je suis désolé, je suis désolé, moi j'ai un copain qui est, qui est salarié. Eh ben t'as quand même (.) Il a quand même ses frais de transport, il a ses frais de laverie, il déduit son machin, il déduit son truc, et il passe quand même du temps =

M3 : = La Sécu elle peut te donner une bagnole, elle peut =

M5 : = Combien de fois vous vous êtes retrouvés à claquer des dents, ou à être pas bien, à dire : « Merde, qu'est ce que je fais, j'y vais ou pas ? »

M3 : C'est chouette hein, de pouvoir prendre un congé maladie. Et quand t'es une nénette, de pouvoir être enceinte et =

M6 : = Ah oui.

M5 : Non mais ça c'est du salariat, on est d'accord. On le fait pas. Et quelque part, quand y a des gens qui viennent nous voir pour un, pour qu'on les arrête 2 jours parce qu'ils sont pas très bien ou que c'est un congé enfant malade, on se dit : « Putain mais nous, nous on vient avec tout ça ». Alors c'est sur que là-dessus le salariat ça le ferait bien. Mais attendez, derrière, on a un cabinet. Le fond de cabinet a été ouvert par quelqu'un, et les gens ils sont là, il faut qu'on y aille.

M6 : Ah bah bien sûr.

M3 : Mais le but c'est pas de travailler (.) Imagine t'es salarié, la Sécu peut très bien payer 1 ou 2 secrétaires de plus qui vont gérer toute la compta, toute ci, dans ton, dans ton cabinet. Remarque si on fait une SCM on est presque dans le même système. Mais je veux dire, elle peut gérer tout ça, et toi tu fais ton boulot. Et en fonction de ton activité tu vas peut-être toucher des primes, mais, mais que ce soit généré, par la Sécu quoi.

M4 : Donc ça c'est le système du NHS en Angleterre.

M6 : {pour M3} Bon ben il faut qu'on aille en Angleterre alors.

M3 : Mais après, avec un contrat de travail qui t'évite les dérives qui, qui existent en Angleterre (.) Voilà, et c'est le contrat de travail qui est négociable : ce que tu fais ce que tu fais pas. Je parle pas des patients.

M7 : Faut être en bonne santé quand même [M3 : En médecine libérale faut pas faire de cancer ou (.)].

M6 : Ah oui, c'est sûr.

M7 : Quand vous aurez 65 ans et que vous aurez un port-à-cath sous la peau et que vous irez faire votre chimiothérapie, et que vous serez en libéral, et ben vous verrez, les coups de fil qu'il faut passer pour être remplacé.

M6 : Ah ouais, c'est l'horreur ça.

M7 : Donc euh, je veux dire =

M5 : = Non mais attention, attention. Parce que là c'est un cas extrême mais en même temps, ça évoque autre chose =

M7 : = Mais y en a pleins, je peux citer des noms.

M5 : Non mais quand on est libéral, on parlait des arrêts de travail mais quand t'es libéral tu te dis : « Mince, et si il m'arrive quelque chose, qu'est ce que je fais ? » {acquiescement de M6} Donc en fait tu finances un système de protection, tu t'autofinances. Mais je veux dire, on est des <u>responsables</u> en fait à ce niveau-là. On est obligés de le faire. Je veux dire ça, ça ça fait partie de notre, de notre truc. Tu dis euh : « Y aura des, la caisse elle va nous financer des secrétaires ». Attention la caisse elle nous donne une enveloppe, c'est l'histoire de la capitation =

M3 : = Mais c'est des sous que tu gagneras pas, on est d'accord, mais c'est du boulot que tu feras pas non plus.

M5 : Ça c'est à toi de savoir si t'es déjà =

M3 : = C'est pour ça que je t'ai parlé de contrat de travail au départ : y a ce que tu fais et ce que tu fais pas.

M4 : Ce travail-là je le fais pas : la secrétaire elle me fait une partie de la compta, la seule compta que j'ai à faire c'est compter mes C et mes V à la fin de la journée, et une fois par an passer euh =

M3 : = Mais c'est toi qui la paye la secrétaire, c'est toi qui la paye.

M4 : {plus fort} Ben c'est de l'argent que tu auras pas. Je l'ai pas l'argent je le donne à ma secrétaire, sauf que toi il passera pas par ta poche. Et moi il ressort, mais c'est pareil.

M3 : Mais, t'as bien compris que j'ai des problèmes avec les chiffres {rires généralisés}. Moi je m'en fous de gagner un tout petit peu plus ou un tout petit peu moins, moi ce que je veux c'est que les choses soient réparties, que ce soit quelqu'un d'autre qui le fasse. Bon c'est le boulot, j'ai pas fait médecine pour faire de la comptabilité. Moi ça m'irrite mais au plus haut point.

M7 : Moi je sais pas je la fais jamais, ça a l'air d'être un truc qui vous mine ça.

M3 : Mais t'es obligé !

M7 : Moi je note rien du tout.

M3 : C'est chiant, tu achètes un truc tu es obligé de garder la facture, t'achètes {soupire} t'es obligé de te prendre la tête avec ça.

M6 : {rires} Moi aussi, t'achètes des timbres {rires}. Moi aussi ça me mine {rires}.

M3 : Ça prend pas beaucoup mais {soupire}.

M6 : C'est pas compliqué mais =

M4 : = T'as pas de secrétaire ?

M3 : Mais même si on en a, c'est {soupire}. Non mais on devrait en avoir une, mais alors {dépité} les autres ont du mal à s'y mettre hein.

M6 : {pour M3} Et il faut qu'on s'associe ensemble hein.

M3 : Ouais d'accord.

M6 : {rires} Conclusion de la soirée.

M3 : Faut qu'on voie ça avec nos patients, mais ils vont peut-être pas vouloir nous suivre {rires de M6}.

M5 : Vous avez combien de dépenses, par mois ? Je veux dire vous avez une secrétaire que vous payez, vous avez une femme de ménage que vous payez, c'est 2 lignes. Vous avez [M3 : Même pas 2 lignes.] de l'eau, de l'électricité, c'est tous les 2-3 mois. Un loyer, vous achetez du matériel pas tous les jours, mais vous mettez de l'essence dans votre voiture. Mais y a 10-15 lignes par mois. Après y a les entrées.

M3 : Ben si toi t'estimes que c'est pas beaucoup c'est bien. Moi ça me gave, c'est tout.

M6 : Oui, c'est pas le fait que ce soit compliqué, c'est pas ça.

M3 : C'est que ça prend du temps, c'est chronophage. Quand t'as fini ta journée, t'a pas envie de savoir si t'as oublié de compter une consultation, « Zut, purée, j'ai 23 euros de trop », « J'ai perdu un chèque », voilà {rires de M6}. C'est tout quoi, se prendre la tête pour des trucs aussi cons, c'est débile.

M5 : De toute façon tu seras quand même obligé de vérif…, de vider tes poches, de donner tes chèques à une secrétaire, à quelqu'un qui le fera.

M3 : Mais non, pas obligatoirement.

M6 : Ah ouais, ma fameuse société ils sont en tiers-payant hein, ils ont aucun achat hein.

M5 : Mais quand ils font des visites, qu'est-ce qui se passe ?

M6 : Eh ben j'en sais rien, mais ils sont en tiers-payant. Ils ont passé, ils ont passé une convention avec la Sécurité Sociale, ils sont en tiers-payant. Ils sont pas payés. Je sais même pas si ils ont les 2 -enfin c'est à Belfort donc c'est pas 2 € 30- euh je crois pas qu'ils brassent de l'argent.

M3 : Si, si Belfort, c'est (.)

M6 : Non.

M2 : Mais si c'est une SELARL faut quand même bien qu'ils donnent leurs frais, la SELARL elle a des frais.

M5 : Et puis le paiement ça commence aussi par la validation de la carte vitale quoi, ça c'est le premier acte en fait hein.

M6 : Oui, oui mais elle passe la carte vitale hein.

M2 : Parce que même dans certains cas, mon mari il est pas salarié, {se reprend} il est salarié, il est pas médecin, il a quand même une compta à faire, et donner des frais de déplacements à son patron à chaque fin de mois, il (.) compte aussi ses repas. Et même s'il est salarié et pas médecin y a quand même une compta à faire.

M6 : Oui mais il ne compte que ça, il compte pas les timbres qu'il achète =

M5 : = Les timbres que t'achètes, t'en achètes tous les 2-3 mois.

M3 : C'est même pas la peine, on donne les enveloppes aux patients et ils se débrouillent.

M6 : Non mais on dit pas que c'est compliqué.

M3 : Et si on va jusqu'au bout on éclaire avec du 12 Volts {rires de M6}, pis faut qu'ils pédalent en salle d'attente si ils veulent pouvoir lire {rires} {rires de M6}.

A : Qu'est-ce que vous pensez du montant de votre rémunération rapporté à votre temps de travail ?

M6 : Moi je suis contente =

M3 : = On en a beaucoup discuté ça déjà. Ben euh, il correspond pas à la réalité. Bof oui, quand on voit combien on bosse dans la, dans la semaine (.) le niveau de vie qu'on a (.) Mouais {soupire}.

M6 : Ben est-ce que vous avez déjà compté déjà ?

M5 : Donc oui, ça c'est le, le vrai problème : quand elle dit ses, ses heures de travail, c'est la présence au cabinet, la gestion, la formation, le temps que tu passes dans tes soirées etc, les gardes et les astreintes ?

M4 : C'est tout, c'est tout.

M5 : Il est évident qu'on travaille plus que la moyenne mais euh, on en f… Je veux dire, on obtient des satisfactions : la satisfaction, effectivement est (.) matérielle, parce qu'on a un niveau de revenus correct c'est vrai. Quand vous disiez tout à l'heure, quand arrive la fin de la semaine vous allez acheter une (.) peut-être pas une voiture mais une (.) machine à laver, des trucs comme ça, c'est vrai qu'on a une certaine forme d'aisance mais euh (.) [M3 : Chez But, chez But.] mais euh en même temps la satisfaction elle est pas que là, c'est : « Aujourd'hui tiens j'ai vu tel, tel type de pathologie, c'était sympa », « Ce soir je vais me retrouver dans un truc, c'est (.) », c'est plein de choses, on a =

M7 : = C'est pas la question.

M3 : Mais la satisfaction elle est pas liée à l'acte.

M5 : Je veux dire l'acte, ça, ça (.) Pour revenir au début la lettre clé, nous est médecins on est généralistes, on vend un acte intellectuel {sourire}. On vend pas du temps de travail on vend un acte intellectuel. Et en fait, c'est ça, on a un métier intellectuel, on a un métier qui est passionnant, qui se renouvelle tout le temps (.) C'est d'abord ça en fait. Et la satisfaction alors oui (.) Je veux dire si elle était simplement matérielle en se disant : « Oui, à la fin du mois j'ai tel salaire », ben (.) Et on a cette satisfaction aussi de se dire que notre clientèle on l'a, elle est là, elle tourne. Je veux dire, on parlait des ingénieurs tout à l'heure. Euh, les ingénieurs (.) ils travaillent, ils gagnent bien, bien leur vie. Mais à 45-50 ans ils se retrouvent sur le carreau. Et ils galèrent, ils sont au chômage. Nous c'est des trucs qui risquent pas de nous arriver. On a quand même une certaine sécurité en fait {sourire}.

A : {pour M5} Donc, vous, vous ne raisonnez pas en fait en terme de, de (.) euh, enfin de temps de travail par rapport à votre euh revenu. Vous globalisez la satisfaction personnelle, euh professionnelle que vous pouvez avoir donc (.) Ça vous convient ?

M5 : Tout à fait. Bon après y a des moments où on est épuisés et des moments où ça va bien.

M4 : Au vu du, au vu du temps passé à travailler (.) je pense qu'on mériterait de gagner plus.

M3 : {pour M4, tout bas} Tu travailles trop.

M6 : Voilà, alors oui voilà.

M3 : Parce que moi si je veux gagner plus je travaille plus hein, comme certains disaient.

M4 : Oui mais à un certain moment t'es coincé.

M6 : Oui t'es coincé parce que tu travailles trop =

M4 : = Mais vous allez tous y arriver =

M6 : = NON ! J'espère que non.

M5 : Si si, on va être piégé parce qu'il y aura de moins en moins de médecins généralistes.

M6 : C'est ça.

M4 : {pour M6} Dans 5 ans, dans 5 ans à X je suis avec toi, dans 5 ans à X y en a 6 de moins.

M6 : Ouais (.) Ben oui je sais [M4 : 6 !]. Oui ben écoute ils iront tous chez toi parce que moi je ferme ma porte {rires}.

M3 : Oui, elle peut pas faire plus. {pour M4} Mais ils viendront chez toi.

M6 : {rires} Moi je ferme ma porte ils le savent. Non mais alors en effet, alors après la question se pose : vu l'amplitude horaire que tu as, quel est d'après toi, le euh, l'argent que tu devrais gagner par rapport au =

M4 : = Au moins le triple {rires de M3}.

M6 : Ben oui mais alors, tu le dépenserais comment du coup ? Puisque tu travailles tout le temps ?

M4 : Je prends 8 semaines de vacances.

M6 : Moi j'en prends 12.

M3 : {rires} Non mais vous travaillez un peu là ?

M6 : Ben oui {rires} Après c'est des histoires de choix mais (.) Enfin, c'est vrai, je te comprends. Parce que, punaise, avoir une amplitude horaire comme ça (.) Enfin, pour moi le temps (.) Y a un moment le temps est inestimable mais ton temps à toi quoi [M4 : Oui.], ton temps à toi, que tu gardes pour toi.

M4 : Oui, sauf qu'à un moment donné ou à un autre, tes patients ils t'appellent, ils te disent euh : « Mon enfant il a de la température, il est en train de trembler, il a 39, il est en train de vomir, il a des taches rouges », tu laisses ta post…ta porte fermée ?

M6 : Mais non, mais évidemment.

M3 : Bon des trucs comme ça on en voit pas tous les jours hein.

M6 : Ben oui pour l'instant j'en ai jamais vu hein. Mais attends, pourquoi tu t'arrêtes la nuit ?

M3 : Tu devrais donner ton numéro de téléphone [M4 : Parce que c'est un choix] =

M6 : = Ben oui, c'est sans fin.

M3 : Qu'ils t'appellent à tout heure.

M4 : C'est un contrat.

M3 : Mais non mais on peut aller loin comme ça.

M6 : Évidemment.

M3 : La mutualisation des moyens en médecine, elle permet d'avoir une permanence de soins etc, et tu peux laisser à d'autres, déléguer à d'autres un temps donné, le travail que tu veux pas faire parce qu'il faut que tu fasses autre chose.

M6 : T'occuper de toi.

M7 : Mais tu fais quand tes courriers ? Moi tous les soirs j'ai euh 15 lettres, 10 résultats de labo plus apicrypt. Ben, tu le fais quand toi ?

M6 : Entre 21 et 22 heures.

M4 : Moi, ben avec le logiciel ça va me prendre un quart d'heure par jour (.) Pas plus.

M3 : Tu les sors en début de journée ou en fin de journée ?

M4 : A 1 heure (.) Enfin à midi (.) 30.

M3 : Tu peux même pas être tranquille pour bouffer toi, t'es obligé de faire tes courriers ?

M5 : Avec apicrypt ça va vite hein =

M3 : = Oui je sais.

M4 : Le logiciel les scanne et les rentre dans le dossier (.) J'ai juste un titre à mettre.

M7 : Et ça en un quart d'heure tu le fais ?

M4 : En un quart d'heure je le fais, j'ai lu mon courrier et j'ai retenu, j'ai retenu un titre, et à la consultation suivante =

M3 : = Et tes ALD, tes MDPH ?

M4 : Ah ça c'est le soir. Et ça c'est 25 minutes-une demi-heure.

A : Alors pour conclu… enfin pour terminer avec cette question-là, par rapport, enfin votre rémunération par rapport à votre temps de travail, globale…, globalement, enfin ce qui ressort en gros c'est qu'on peut pas euh rapporter le taux de rémunération par rapport au temps de travail puisque le temps de travail effectif est aussi intellectuel etc, mais euh globalement, est-ce que ça vous (.) convient ?

M7 : Si je suis Mr Van Roeckeghem et que j'écoute ça ce soir euh, je serre la vis.

M5 : Faut faire attention à ce qu'on dit là-dessus parce que oui, ça veut dire qu'on a euh =

M7 : = Parce que si t'as un mec du Répu qui tombe sur une réunion comme ça, demain en première page du journal : {ironique} « Les généralistes, heureux » hein.

M5 : A 23 euros, c'est encore trop hein, on descend à 10 euros la consult.

M4 : Non, je pense qu'on mériterait de gagner plus.

M3 : On est d'accord.

M7 : Bien sûr, bien sûr.

M3 : On vit bien, mais on pourrait vivre mieux. C'est super {rires}, moi si je suis à 45 euros, je suis content.

M4 : Mais est-ce que socialement c'est acceptable ? [M6 : Ben oui, après, où s'arrête la limite euh ? {soupire}]. Est-ce qu'on accepte un rapport de 1 à 20 pour tout le monde, ou est-ce qu'on accepte un rapport de 1 à 45 ?

M5 : C'est même pas ça, c'est qu'en fait on encadre le, on est encadrés au niveau du nombre d'actes par an, la valeur à pas dépasser, c'est les 7 500 actes dans l'année =

M4 : = Non, non c'est bon. Ça passe.

M5 : Théoriquement dans la convention c'était ça hein. Ce qui est déjà pas mal hein.

A : Alors, à combien est-ce que vous estimeriez (.) votre revenu pour 35 heures hebdomadaires, [M5 : 35 heures ?!] de travail, mais en tant que salarié d'un centre de santé ?

M3 : À ce que je gagne, actuellement.

M4 : C'est-à-dire ? [M3 : C’est à peu près ce que je fais.].

M3 : {soupire} J’en sais rien.

M4 : Calcule, tu viens de faire ta compta pour les impôts.

M3 : Oui mais ça non, c’est pas (.) Si t’es salarié, faut enlever toutes les charges que t’as pas, tout ce que tu payes à la Sécu et tout ça =

M4 : = Et alors ? Tu les enlèves. Il te reste combien à la fin ? Ton bénéfice net commercial.

M5 : Ton BNC. T’imagines que tu fais euh, à l’heure tu vois 3 personnes à l’heure, ou 4 personnes à l’heure, si tu veux, si tu pars sur un quart d’heure ou une demi-heure, ça fait 23 fois 4 =

M3 : = Oui, mais j’ai bien compris. Oui mais après faut que tu défalques les frais, les ci les ça, ton pourcentage euh =

M4 : C’est la dernière ligne en bas à droite là, de ta 235A, la 2035A.

M3 : {rires} Ah tu veux celle-là.

M7 : {pour M4} Il parle quelle langue lui ?

M3 : Non mais lui ça le gêne pas euh. Moi je voudrais euh, justement je voudrais exactement la même chose que ce que je gagne maintenant parce que j…, c’est ce que je travaille. J’estime travailler autour de 35 heures.

M4 : Non, elle te demande ton taux de rémunération horaire.

M3 : Ben je sais pas combien ça fait euh (.) Attends (.) Horaire t’es obligé de (.) À l’année ?

O : Non, mensuel.

M3 : Nets ?

M4 : Si c’est un salaire c’est 35 heures par semaine, 12 mois sur 12.

A : C’est ça. Votre salaire par mois.

M3 : 6 500.

{silence}

M4 : Nets ! [M6 : Bruts.].

M3 : Non, nets, nets nets nets nets nets.

M4 : Ah putain, c’est déjà (.) T’es pas à ce niveau-là hein.

M6 : Et t’es sûr que tu travailles que 35 heures ?

M3 : On parie ? [M6 : Ouais, punaise euh.].

M6 : Et tu travailles à mi-temps ?

M3 : Ben, oui.

M4 : Y a à peu près, à peu près, à peu près (.) en moyenne 48 % de charges une fois que t'as tout déduit.

M6 : Oui c'est ça, 50 %.

M3 : Mais moi j'ai fait ce que tu viens de me dire : j'ai pris mon truc, j'ai regardé en bas, je vois ce que je déclare.

M6 : Oui, mais là du coup t'es en brut là, t'as pas, t'as pas divisé par 2 pour les charges.

M3 : Mais si, si, moi je t'ai pris la ligne du bas, je t'ai pas pris la ligne du haut. La ligne du haut c'est le double, à peu près.

M5 : Et tu travailles 35 heures au jour d'aujourd'hui ?

M3 : Bon est-ce que c'est tout le temps ? Non. Alors, on va défalquer, on va descendre à 6 000.

M5 : Attends, attends, on redémarre. Notre activité aujourd'hui c'est pas que « J'ouvre mon cabinet, je ferme mon cabinet ». C'est aussi « je vais me former, je prends du temps pour me former », etc.

M3 : Mais je suis payé quand je suis formé moi, je prends des trucs qui rémunèrent {rires}. C'est pas vrai en plus. Pis j'ai des étudiants aussi, je suis maître de stage, donc je suis encore payé, et je les fais bosser, tu te rends compte ?

A : Et les autres euh, vous avez une idée du revenu que vous aimeriez avoir ?

M6 : 35 heures je sais pas, à la louche je dirai 3-4 000.

M3 : Tu travailles doucement hein. T'es mal organisée {rires}. T'en vois combien par heure ?

M6 : Ben ça dépend (.) Si c'est quand mes associés sont pas là, j'en vois, une quinzaine par demi-journée.

M3 : Non mais par heure, par heure.

M6 : Ah euh (.) 3, 3.

M3 : 3 ouais. Moi je suis entre 4 et 5.

M4 : Ca te fait un taux horaire à 28 € 50 [M6 : Ah ouais ?]. 28 € 50. Ca veut dire que tu gagnes 60 €, t'as fait 3 consultations dans l'heure. Est-ce que c'est le prix que tu t'estimes ?

M6 : Oh oui, moi je m'estime (.) Enfin j'ai jamais réfléchi à ça donc euh =

M4 : 3 consultations brutes dans l'heure.

M6 : Ben oui ça me (.) Y a rien qui me choque moi.

M4 : Ben (.) moi si. On disait tout à l'heure qu'on gagnait pas assez.

M6 : Hé, vous disiez ça, moi j'ai jamais dit ça. Moi je suis contente de ce que je (.) J'ai jamais dit que je gagnais pas assez hein. Vous collectivement oui.

M3 : Mais on gagne ce qu'on a choisi de gagner.

M4 : Non, non, non, non. {pour A} Elle parle de taux horaire, elle demande pas si t'es content de gagner là actuellement grâce à ta quantité de travail. Elle dit : « À quel prix tu estimes ton heure de travail ? »

M6 : Et toi tu me dis ?

M4 : Ca fait 28 € de l'heure (.) Nets. T'as pas payé tes impôts encore.

M6 : Et ben oui.

M4 : Et t'as pas encaissé, t'as pas encaissé le forfait ALD, t'as pas encaissé le CAPI, t'as pas encaissé les cancers colorectaux.

A : Oui les 35 heures-là, c'est dans le cadre d'un salariat.

M4 : Oui.

M3 : C'est-à-dire tu touches rien en plus.

M4 : Tu touches rien en plus, tu gagnes 28 € par heure. Le SMIC il est à 10. Le SMIC il est à 10, tu gagnes trois fois plus que le SMIC.

M6 : Ben oui.

M5 : En fait salarié c'est un peu particulier, parce que les salariés, ils vont commencer avec un échelon, et cet échelon va évoluer au fur et à mesure de la carrière. Donc c'est, c'est complètement biaisé, je veux dire qu'un, qu'un jeune médecin débutant euh touche 30 € de l'heure, pourquoi pas. Mais qu'un médecin qui a 25 ans de pratique touche encore 30 € de l'heure, c'est pas =

M4 : = Mais c'est le cas actuellement.

M5 : Non, non, non, dans la fonction publique les médecins sont payés en fonction (.) Ils évoluent =

M4 : = Oui mais dans la pratique libérale, c'est le cas actuellement : si tu touches 23 au début, tu touches 23 à la fin, et pas 28 € de l'heure. Moi j'estime pas mon temps de travail horaire net à 28 euros de l'heure. Donc je suis satisfait de ce que je gagne, mais le temps, le taux horaire à 28 € non ! {pour M3} Et toi t'étais à 6 500 =

M3 : = Moi je suis à 6 000 hein, ça c'est sûr. Au moins hein.

M4 : Ben (.) A 35 heures, attends attends je vais te faire le calcul. {sort une calculette de sa sacoche}

M3 : Tu vas me dire combien j'en vois pas heure ? {rires de M6}

M4 : Exactement, exactement et tu vas me dire si c'est vrai. Tu vas me dire si c'est vrai. 6 000 divisé par 140, ça veut dire que tu gagnes 42 € nets par heure.

M3 : Ouais, ça doit être ça.

M4 : {étonné} Quarant…, 42 € nets par heure, ça fait (.) la moitié de 2 consultations.

M3 : Ouais je sais, ça fait 4 consults, 4 à 5 consults c'est ce que j'ai dit tout à l'heure (.) Moi j'ai une population qui est très mixte et euh, la grande majorité de mes consultations elles font entre 10 et 15 minutes.

M5 : Moi je suis satisfait de ce que j'ai euh, je calcule pas =

M3 : = Mais moi non plus. Ce que j'ai calculé c'est le nombre d'heures que je voulais travailler. Et puis ce que j'allais gagner en gros en faisant ça. Et c'est la seule chose qui m'intéresse. Parce que je veux du temps pour =

M4 : = Donc on part d'un extrême à 28 € de l'heure à un autre qui est à 45 € de l'heure. {pour M7} Et toi ?

M7 : Je suis incapable de répondre à cette question.

M4 : Ben on te demande une réponse, il faut réfléchir.

M5 : Non mais surtout que (.) Ça va créer des biais terribles, je veux dire le, le salariat euh, il va y avoir un groupe avec des hommes, des femmes. Les femmes qui sont enceintes, il va falloir les remplacer, y a des gens qui vont aller fumer leur clope, boire un café pendant que toi t'es en train de voir des malades. « Tiens tu peux pas me voir celui-là parce que (.) » =

M6 : = Mais pourquoi, pourquoi ça changerait notre pratique ? Justement en pratique, le salariat par rapport à l'acte ?

M3 : Parce que des tire-au-flanc y en aura toujours hein.

M6 : Ben oui.

M3 : Sauf qu'actuellement comme ils sont payés à l'acte ils sont obligés de travailler.

M5 : Moi j'ai racheté mon cabinet, j'ai fait des travaux dans le cabinet, en fait je l'ai adapté à la façon dont j'avais envie de travailler. Je, effectivement je travaille euh avec les heures que j'ai envie de faire, qui peuvent être élargies. Euh, je me sens pas salarié en fait. Et je vois, j'ai ma (.) Ma femme est, est pharmacienne, elle a pas travaillé pendant des années, elle a repris pendant quelques temps et là elle vient d'arrêter de travailler. Et je vois dans sa façon de, de discourir de temps en temps (.) Je veux dire les gens qui sont salariés y a une façon (.) Enfin euh, {pour M6} je suis désolé hein, c'est presque négatif mais c'est (.) Voilà quoi, on a pas la même responsabilité, on a (.) Dans notre pratique on a des responsabilités, parce qu'on est gestionnaire, parce qu'on fait de la compta, parce qu'on est gestionnaire de notre (.) On est des chefs d'entreprise {acquiescement de M6} : on a une femme de ménage, éventuellement une secrétaire euh. Voilà, on est pas, on peut pas être des salariés.

A : En fait y a aussi une question de culture du libéral dans votre profession : voilà vous êtes en libéral, vous êtes habitués à travailler seul.

M5 : Et pis voilà, et puis prendre sur soi de temps en temps. Je veux dire, en tant que salarié, on foutrait des gens à la porte euh. Bon on en fout de temps en temps à la porte mais moi je, j'appréhende pas.

M4 : {pour M3} Et toi 35 heures en comptant ta formation, ta gestion et ta paperasse ?

M3 : {hésitant} Euh, peut-être pas ouais.

M4 : Non parce que si tu comptes ta compta, ta paperasse et tout, d'accord ça te fait (.) 1 heure de plus par jour hein ? Ou une demi-heure.

M3 : {soupire} Oui, une bonne demi-heure.

M4 : D'accord donc t'es plus à un temps de (.) 4 patients par heure. D'accord ? Tu passes à 5 ou 6.

M3 : T'aurais du faire ma compta toi {rires de A} Tu veux pas ? {rires}

M4 : On veut gagner plus, ou gagner autant qu'un spécialiste, donc plutôt =

M7 : = J'ai pas entendu ça ici hein.

M4 : Ouais, pardon. On (.) voudrait que les spécialistes gagnent moins.

{rires généralisés}

M5 : 6 000 € sur 35 heures, ça me paraît impossible.

M6 : Oui, moi aussi, ça me paraît beaucoup.

M7 : Il faudrait voir combien gagne un médecin du travail à 35 heures en fait.

M3 : Écoute pour moi, on vaut bien 6 000 € par mois en faisant 35 euh, je suis désolé.

M6 : Ben je trouve que c'est énorme hein [M3 : Oh on les vaut.]. En salarié hein. Oui mais « on les vaut », ça veut rien dire ça, ça veut dire quoi ?

M3 : Ça veut dire que pour le travail qu'on fournit euh.

M2 : Ben à l'hôpital, bon c'est pareil à l'hôpital y a des grades euh, mais un assistant-chef de clinique qui commence à l'hosto, il a pas =

M6 : = Ben il a combien ?

M3 : Ben il commence hein, il a pas fini.

M4 : En fin de carrière, en fin de carrière à (.) Un chef de service sur Bon-Secours il doit être à 12 ou 14 000.

M3 : En comptant les astreintes etc ?

M4 : Euh (.) X, il avait plus beaucoup d'astreintes. On a discuté, voilà. Et il faisait pas beaucoup de consults privées.

M3 : Et il faisait pas beaucoup de consults privées. Et ça fait au moins 8 ans qu'il a arrêté.

M4 : Et ça fait longtemps oui. Et je pense qu'il commence pas à 2 000 hein. Euh il commence pas à 2 000 €. Nous à l'internat on était déjà à 1 200-1 400.

M5 : Moi je me rappelle quand je travaillais encore au SAMU, on touchait 7 500 € de salaire et euh on gagnait de l'argent parce qu'on faisait des gardes hein. C'était 60 % de nos revenus hein.

M4 : Donc le salaire de départ c'était 7 500. Pour 35 heures.

M3 : Non, il faisait pas 35 heures ! [M5 : Francs, francs francs francs.]

M4 : 7 500 francs.

M5 : Oui on est loin de là hein. Bon c'était dans les années =

M7 : = En tout cas c'est une question qui laisse les gens perplexes. Moi je saurai pas répondre à ça hein.

M4 : Si, en se basant sur le rapport de Mr Hollande, il faut pas de différences de salaire au-delà de 1 à 20, vous vous placez à combien ? 1 c'est le SMIC, 20 c'est le grand chef d'entreprise. Vous vous placez où ? C'est comme un échelle visuelle analogique, vous vous placez où ? Moi je me place à 7 ou 8. Voire même euh =

M3 : Par mois ?

M4 : Ah non.

M3 : Redis-moi, redis-moi.

M4 : Y a un grand débat qui a animé le monde politique de ces derniers temps, c'est : « Quel est l'écart de rémunération par rapport au SMIC ? » Le président a décidé : dans la fonction publique, le rapport sera de 1 à 20. 1 c'est le salaire le plus bas, c'est le SMIC, 20 c'est le salaire le plus haut. Toi, tu te places où ? C'est une échelle visuelle analogique. Dans le premier quart ?

M3 : Non, non. 6-7.

M4 : Ton utilité, ton utilité sociale, parce que ça revient à ça.

M3 : Ouais, 6-7.

M4 : En tant que médecin généraliste au cœur du débat, en y réfléchissant bien, c'est même au-delà de 10. Au cœur du système de santé. Faut attirer de jeunes générations ? Au-delà de 10. Après socialement est-ce que ce sera acceptable ?

M5 : C'est, c'est, c'est une utopie ça hein {rires contenus}.

M6 : Non mais « utilité sociale » moi j'aime pas ce mot parce que les profs, ils sont d'utilité sociale aussi =

M3 : = Et ils sont pas payés au même niveau que nous.

M6 : Ils sont bien moins payés que les médecins hein.

M3 : Ouais mais ils offrent pas la même prestation.

M6 : Oui mais tout ça c'est vachement subjectif.

M3 : Et après tu rapportes au nombre de personnes qu'il va, qu'il va gérer. Un prof il gère pas 400 à 500 personnes par an.

M6 : Bien sûr mais attends, il a des, il a nos enfants entre les mains. Voilà, il est d'utilité sociale le prof.

M3 : Mais on est d'accord. Mais nous on a un degré de travail, d'investissement dans nos études et des responsabilités dans notre travail.

M6 : Enfin 6-7, moi je crois que, non =

M3 : = Sur 20 hein. De 0 à 20.

M6 : Oui sur 20.

M4 : Quelle note tu te donnerais ?

M5 : En plus les gens qui quittent le libéral pour se mettre dans le salariat, c'est quand même des gens qui se mettent sur des voies de garage. Ils se désinvestissent quand même aussi, enfin je veux dire euh.

M3 : Ouais, ils se planquent.

M6 : Ben ça dépend des cas.

M5 : On a des grosses activités parce qu'on prend le temps, on s'investit =

M3 : = Si ta salle d'attente elle est vide, il faut pas non plus (.) Les gens, ils vont où ils veulent. Et c'est bien le facteur humain, c'est ce qu'on cherche tous euh. La bonne communication avec le patient mais euh, c'est quand même pas le cas, le cas de chaque patient.

M4 : {pour M1} T'as pas répondu à la question. De 0 à 20 ?

M1 : Moi écoute je suis retraité, et je fais un peu de remplacement, je peux me, je me limite à la micro-BNC si tu connais le terme.

M4 : Oui, mais ton taux horaire idéal ?

M1 : Ben moi je pense, je te rejoins parce que j'ai fait 2 fois 35 heures toute ma vie alors.

M4 : D'accord.

M1 : Et j'en suis pas mort.

A : Bon, on conclut là-dessus ? Merci à tous de votre participation.

FIN DE L'ENREGISTREMENT

Annexe : Focus Group n°4 du 12 juin 2012

Normes de retranscription :

= est indiqué à la fin de la prise de parole d'un des participants et au début de celle d'un autre pour indiquer que le second reprend la parole sans laisser d'interruption, voire l'interrompt, et que le premier lui laisse la place.

[ ] est utilisé pour montrer que deux personnes parlent en même temps.

(.) est utilisé pour marquer une pause courte.

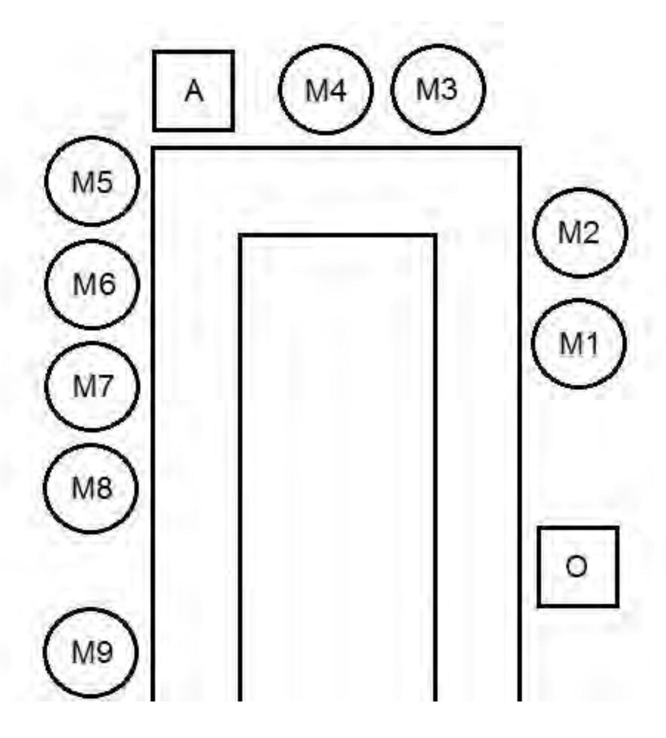
… signale une omission ou quelque chose d'inaudible.

{ } pour toutes formes de précision, souvent relatives au ton ou à des gestes.

On souligne les mots pour marquer une insistance et on met en MAJUSCULES les moments où les voix se font particulièrement fortes.

M représente un médecin, A l'animatrice et O l'observateur.

Disposition :



Verbatim :

O : Bon, on va commencer. Merci à tous d'être euh venus, au focus group. Don euh le but, c'est de recueillir toutes vos opinions concernant les modes de rémunération des (.) médecins généralistes. Euh donc c'est, on enregistre hein, moi je retranscris tout euh ensuite. Tout est anonymisé, y aura aucun nom ou quoi que ce soit. Euh, faut juste essayer de pas tous parler en même temps, parce que (.) c'est déjà arrivé précédemment, et c'est, ça devient un peu délicat à retranscrire. Mais sinon vous pouvez dire ce que vous voulez, y a pas de problème. Ça va durer en principe 1h30, 1h ou 2h ça dépend (.) et euh, c'est {montre A} Aurélie donc euh, qui va tenir le rôle d'animatrice, et moi je suis l'observateur. Voilà.

A : Donc à partir de maintenant il ne fait plus rien {rires}.

M2 : Non, il va écrire quand même.

A : Oui, il observe. Mais on l'entend plus. Donc, on va commencer. Euh si, si des fois je sens que vous commencer à [M5 : nous endormir.] à parler tous ensemble je (.) [M5 : modérateur.] Ouais {rires}. Mais en effet, le but c'est, c'est d'avoir une interactivité et euh, de balayer tout le panel des possibilités sur euh les questions qui vont être abordées. Donc on va commencer par la première question : Quelles sont les satisfactions que vous éprouvez personnellement avec le paiement à l'acte ?

{silence}

A : {s'adressant à M1} On commence par un tour de table ?

M1 : Ben le, le, la rétribution immédiate {toussotement de M5}, déjà, de l'acte fait. Et le fait que les gens payent donnent une impression très (.) entre guillemets commerciale, mais au bon sens du terme. Euh même si après on sait qu'ils sont remboursés. Enfin (.)

M2 : Oui moi je dirais qu'il y a une valorisation du fait que les gens payent : quand ils vont chez le boucher ils payent, quand ils vont chercher leur pain ils payent. Donc j'estime qu'ils peuvent nous payer aussi, euh dans la mesure du possible bien sûr. {inspire profondément} Euh (.) {réfléchit, regard dans le vide} Et puis euh moi je trouve que c'est bien par rapport aux -alors euh, en déviant hein les CMU les tiers payant etc- euh, j'ai pas envie d'être fonctionnaire de la caisse. Donc je me dis que là, c'est un échange entre une personne et une autre personne, et c'est pas comme un salaire que l'on reçoit à la fin du mois euh.

A : D'accord.

M3 : {gênée, avec sa main sur le menton} Moi personnellement j'ai (.) aucun plaisir à être payée à l'acte.

A : D'accord, et pourquoi alors ?

M3 : {pour A} Parce que bon c'est (.) j'ai du mal en fait à, à percevoir l'argent, je (.)

A : D'accord.

M3 : C'est quelque chose qui me (.) Ca m'arrangerait bien de pas les rece… de pas les percevoir comme ça directement.

A : D'accord. C'est le fait d'être demandeuse du paiement qui vous, qui vous gêne =

M3 : = Oui je, je dois avoir un problème effectivement, avec le rapport justement de, {sourit} de me vendre quelque part.

A : D'accord. Ouais, d'accord.

M4 : {joue avec son styo} Euh, sinon moi le paiement à l'acte, bon ça représente quand même le, ce que c'est la profession libérale hein. Euh (.) c'est vrai que quelque part euh, ça reste euh, {regarde sa feuille} un paiement qui est très euh, voilà (.) comment dire euh, linéaire, on va dire, ça comme ça. Donc euh effectivement, pour des tâches tout à fait différentes et, et plus ou moins difficiles, on a le même, le même euh, tarification. Donc ça pose problème par rapport à ça. Sinon j'ai pas de particularité de discuter d'être payée à l'acte (.) Non.

A : Oui c'est un système qui vous, qui vous satisfait dans l'ensemble ?

M4 : Non, pas dans la pratique euh des tâches différentes qu'on a à accomplir dans la journée. Mais euh, sinon je pense que pour une base, c'est bien d'être payé à l'acte.

A : D'accord.

M5 : {s'éclaircit la voix} Et bien moi je suis {pour M3} comme ma consœur là, je suis gêné d'être payé à l'acte, pas en, pas en tant que rémunération d'un travail fourni, mais par le montant que l'on demande {rires}. Je trouve ça vraiment insuffisant de demander 23 € actuellement, par rapport aux tarifications d'un plombier, d'un électricien. Quand euh, on fait faire des factures ou des devis, pour des travaux personnels, on calcule {pointe l'index sur la table} en nombre de consultations euh en général, pour euh pouvoir payer ces factures. Et je trouve que c'est vraiment insupportable d'être si bien {se reprend} si m… mal payé euh, après autant d'années donc je suis (.) Je suis mal euh, enfin je suis pas bien, pas rapport aux tarifications surtout. [A : D'accord.]. Mais autrement c'est normal qu'on soit valorisé par un travail euh (.)

A : Mais en terme de, de, de méthode de, de paiement, ce mode =

M5 : {du tac au tac} = Ah ça, ça ne me pose pas de problème [A : D'accord.]. Ça ne me pose pas de problème, de demander une rémunération d'un trav…, [A : Ouais.] d'un acte, d'un acte médical quoi.

A : D'accord {interroge M6 du regard}.

M6 : Moi je suis, je suis pas un bon exemple de paiement à l'acte, parce que à part M8 qui va parler après moi, je pense que je suis certainement un des moins payés à l'acte, dans la mesure où {rires} [M2 : T'as que des CMU.], où j'en suis maintenant à 50% de tiers-payant. [M3 : {étonnée} Ah oui !] Quand j'ai, quand j'ai commencé [M8 : Et moi …]. Oui je sais, c'est pour ça que je dis M8 il va être pire que moi mais =

M8 : = Non mais c'est très intéressant.

M6 : Donc, quand, quand je me suis installé à X, je venais de refuser de m'installer dans les mines [A : Oui ?]. Parce que dans les mines je trouvais que, les gens qui venaient consulter sans payer, ne respectaient pas la fonction du médecin. Ils disaient pas toujours « Bonjour », pas toujours « Au revoir », et encore moins « Merci » (.) Et euh, je me suis dit : « C'est mieux en médecine libérale ». Je me suis installé à X, et puis progressivement je trouve que {inspire profondément} on a de moins en moins de paiement à l'acte, et euh, de plus en plus de tiers-payant. Donc j'en suis au moins à 50% de tiers payant. Maintenant, j'étais samedi à un congrès de la FEMALOR à Nancy, et on a eu les expériences étrangères. Et on a un anglais, qui nous a parlé du système de la capitation [A : Oui ?] euh, qui est loin d'être con, parce que ils vivent dans des maisons médicales, où ils sont déchargés de ce paiement à l'acte, où ils ont des gens qui (.) Le patient s'inscrit chez un médecin, ce qui donne pour l'année un quota, et ils gèrent ce quota d'argent. Avec ça ils peuvent payer des infirmières, des kinés, des diététiciennes et des gens qui travaillent (.) Grosso modo ils avaient 7 ou 8 employés dans la maison médicale par médecin. Et tout ça sur le, le principe de la capitation. Moi je trouve que c'était loin d'être con. C'était, c'était pas inintéressant du tout. Et il paraît que le médecin anglais gagne bien mieux leur vie que nous. Donc euh, voilà.

A : D'accord. [M4 : Comme partout d'ailleurs.]

M8 : Oui mais quand tu vois le délai pour une prothèse de genou ou une prothèse de hanche.

M6 : Oui ça s'est réduit : c'était 2 ans. Maintenant c'est plus que 3 mois.

A : {pour M6} Mais sur le paiement à l'acte en lui-même ?

M6 : Bah {soupire}, j'ai pas de problème. De toute façon, à la fin de la consultation, je demande aux gens : « Comment vous voulez payer ? » {rires}, et puis c'est tout {rires de M4}. Et ils me disent : « Moi je paye les 10 % » ils me disent. Bon ben, d'accord.

M5 : Y en a pas qui disent : « Ah ah, j'ai, j'ai donné la carte, faut payer encore ? » ?

M2 : Faut encore payer en plus ?

M5 : J'ai pourtant donné la carte, il faut encore (.)

M6 : Y en a beaucoup qui ont cru que la carte (.) verte, {fait semblant de tendre une carte} c'était comme une carte bleue {sourit}.

M5 : Y en a encore, y en a encore qui le croit [M4 : Y en a encore.].

A : D'accord.

M6 : Alors dans ces cas-là je leur dis : « Non non, mais la carte je la passe uniquement si vous voulez être remboursés. Mais vous êtes pas obligés ».

A : {rires} D'accord.

M7 : Alors moi le paiement à l'acte, comme disait M4, on est une profession libérale donc je, je (.) On est payés à l'acte ou autrement mais on, pourquoi pas à l'acte ? Mais j'ai aussi comme M3 un peu de (.) mal à demander les 23 € à la fin de la consultation. Ça m'arrive même quelquefois de ne pas demander.

A : D'accord.

M5 : Alors là y a, y a des stages hein, y a des stages pour te déculpabiliser. Hein au niveau formation euh, y a des stages pour se déculpabiliser de demander de l'argent, pour demander plus.

A : D'accord.

M8 : Euh, moi le paiement à l'acte [M6 : {rires} Il connaît pas du tout.], j'ai quand même euh 40 ou 45 % de gens qui payent hein [M4 : Ah quand même.], je suis pas gêné (.) qu'ils me payent [M4 : {rires} Ça change.], parce que je trouve que relationnellement c'est important, parce que euh les habitudes du quartier euh, souvent c'est des chèques, et avec la carte vitale, les gens sont remboursés avant que je touche le chèque. Donc y a, y a (.) Moi je vois pas pourquoi on est gêné, d'avoir euh (.) Bon c'est vrai 23 € c'est peut-être pas assez, mais point de vue relationnel, j'ai vu des gens qui euh, parce que c'est dû pour eux. Maintenant si on fait les choses pas à l'acte et que les gens payent pas, alors là {rires}, là où je travaille, y a beaucoup de jeunes, alors c'est : « Je veux tout de suite ». Alors ils veulent un certificat médical, ils veulent un truc, tout ça, euh c'est pour échapper (.) Ils veulent tout de suite c'est pour échapper à payer euh, pour ne pas payer. Donc euh, ça on veut bien, mais qu'ils fassent la queue. Donc le fait de dire : « Non il faut payer à l'acte », ça fait aussi quand même euh un peu de discipline relationnelle entre les patients quoi. C'est très important.

A : D'accord.

M8 : Surtout qu'ils sont remboursés, ils sont remboursés je vous assure euh {rires de M2} avant que je touche le chèque. Ça me gêne quoi.

A : Oui, d'accord.

M8 : {précise en levant l'index} Ceux qui payent {sourire}.

M6 : Les 40 %.

M8 : Oui, 40 - 45.

M9 : {sûr de lui, en ne regardant pas les autres mais regard droit devant lui} Oui ben moi je suis partisan du paiement à l'acte, je trouve que tous les autres systèmes seraient catastrophiques et annonciateurs de, de, de gros (.) gros ennuis pour notre profession. Que ce soit le paiement, euh le tiers payant généralisé : on deviendrait l'esclave des caisses -le paiement à l'acte n'est peut-être pas parfait- Euh, le paiement selon l'importance de l'acte fourni, on le disait y a un certain nombre d'années : la consultation diabétique on devrait toucher plus. Mais comment, je pensais ça aussi d'ailleurs c'est un mauvais système car si on nous donne plus pour la consultation psychiatrique ou diabétologique, on nous donnera moins pour le renouvellement d'ordonnance ou le suivi d'une hypertension, ou une angine. Et puis surtout ça ouvrirait la porte aux cotations. Moi je suis contre tous les systèmes qui nous compliquent la vie, qui nous augmentent les formalités administratives. Les capitations ça serait la porte ouverte à beaucoup de soucis, et on sera perdant : beaucoup de formalités administratives. Le CAPI par exemple, moi j'ai été un signataire et je le …, un signataire du CAPI. Je me suis lancé dedans, ça me semblait relativement séduisant parce que ça favorisait la qualité. Tous les 2-3 mois je reçois euh soit un fonctionnaire de la caisse, soit un confrère de la caisse -ça se passe bien l'atmosphère est bonne- mais on sent qu'au fil des

mois et des années y a une augmentation de la pression (.) Le paiement à la qualité, c'est la porte ouverte aux {pointe l'index vers le haut} conflits d'intérêt (.) Y a pas que les vilains laboratoires hein, les conflits d'intérêt entre les médecins spécialistes et les très méchants laboratoires qu'on montre du, du doigt. Il peut y avoir un conflit d'intérêt pour nous. Si on prescrit par exemple plus de Pravastatine ou de Simvastatine pour faire faire des économies à la sécurité sociale, alors que l'état d'un patient nécessiterait qu'on lui donne une Simvast… une statine plus puissante : conflit d'intérêt. Et je pourrais citer d'autres exemples : si on donne pas du Clopidogrel pour donner simplement du KARDEGIC® -ah au fait, je sais pas si y en a qui ont signé le CAPI chez vous, c'est un des items n'est-ce pas- si on donne donc euh plus de KARDEGIC® que de Clopidogrel euh, sous prétexte euh que l'un est moins cher, sachant qu'il y a des gens qui supportent mieux le Clopidogrel : conflit d'intérêt, de prescrire plus de KARDEGIC® pour que les patients (.) Enfin j'avance là hein, on arrivera peut-être plus tard dans ce point de discussion [A : Oui. Oui oui.] mais je pense que c'est truffé de conflits d'intérêt. Je discute pas des items : le nombre de fonds d'œil, d'hémoglobine glyquée, donner de l'aspirine euh, soigner les facteurs de risque c'est très bien -hein je sais que vous avez peut-être pas signé le CAPI, y a ça : la prescription d'IEC, faut prescrire plus d'IEC- =

M6 : = Ca c'était dans le CAPI, y a plus de CAPI.

M2 : Le CAPI c'est fini maintenant.

M9 : Pardon ?

M2 : Oui c'est intégré à la convention maintenant, mais c'est pareil. Sauf que c'est d'office maintenant.

M6 : Sauf si t'envoies une lettre recommandée pour dire : « Je veux pas de votre truc ».

M2 : C'est trop tard {rires}.

A : Oui sinon vous êtes inclus directement.

M6 : Chez nous y en a 2, 2 sur 7 qui ont envoyé la lettre recommandée.

M9 : Je termine juste [M2 : Combien ? M6 : 2. 2 sur 7. M2 : 2 sur ? M6 : 7. M2 : Ah, qui on envoyé la lettre, quand même.] C'est la porte ouverte à des conflits d'intérêt et à des formalités, des contrôles administratifs et des entretiens confraternels entre guillemets, qui n'en finiront plus. Donc euh, ce médiocre moyen de paiement {chuchotements entre M1 et M2} qu'est le CAPI, je suis à 100% (.) euh pardon la, le paiement à l'acte pardon, je suis 100% pour, à condition bien sûr qu'il y ait des dispositifs pour que les gens les plus modestes -la CMU et tout ça- ne soient pas gênés. Moi j'ai peut-être 10 % de CMU, je fais des tiers-payants, des DE de temps en temps mais des frein… des tentatives de freinage y a 2 ans qu'on a (.) Ca se passe bien. Je ne pense pas qu'il y ait des freins à la consommation médicale, dans ma clientèle. Y en a peut-être un peu, vous êtes tous confrontés au fait que les patients qui venaient nous voir tous les mois ne viennent nous voir que tous les 2 mois voire tous les 3 mois [M2 : {tout bas} : 3 mois, c'est vrai.] et achètent la grosse boîte à la pharmacie, on sent quand même qu'il y a les effets de la crise. Mais je suis résolument partisan du paiement à l'acte et je ne veux entendre parler d'aucun autre paiement. Y a quelques années j'étais peut-être plus ouvert, mais maintenant plus du tout. Voilà, excusez-moi pour ce long (.) cri du cœur.

A : {rires} C'est pas grave ça a amorcé d'autres choses. Euh donc là on a abordé les satisfactions, on a quand même déjà abordé les insatisfactions mais est-ce que euh, certains parmi vous veulent aborder d'autres points en ce qui concerne les insatisfactions du paiement à l'acte ? Des choses qui n'auraient pas été dites ou que vous voudriez euh (.) aborder ?

M1 : Ben, le gros problème ce sont les, au fur et à mesure que les années avancent, le, le nombre de questions, de sujets traités dans une même consultation [A : Oui.]. Y a 10-15 ans, 20 ans, 40 ans, euh c'était euh 1 à l'acte : tension euh. Maintenant c'est {tape à chaque énumération sur la table} ça, plus ça, plus ça [M2 : Ça et ça.], un certificat bien sûr, y a toujours un certificat {rires de M4}, plus euh une question à propos de la belle-mère qui est traitée par un autre confrère, plus le fils qui à propos, parce que la médecine scolaire a dit ceci, donc on se retrouve avec =

M6 : = T'as oublié l'Hémoccult.

{rires généralisés}

M1 : Et l'Hémoccult, en effet. Non mais en effet. Mais je veux dire euh, tout ça ça fait des consultations euh (.) Moi je dis souvent aux patients euh : « Écoutez, quand je vais à Cora, le Caddie c'est pas 1 €, la pièce dans le caddie. Donc c'est tous les éléments qui sont dedans. Donc euh je vous en prie euh, revenez demain ».

A : Oui, OK. Vous êtes tous d'accord là-dessus euh ?

M9 : Tout à fait [M3 : Ah oui, tout le monde l'a constaté hein.], 300 % d'accord.

M5 : Oui parce qu'on est tous dans la même tranche d'âge hein.

{rires généralisés}

M1 : Ces questions à chaque fois, sous-entendent, une euh, une prise de, de décision [M4 : Moi je l'ai vu en 10 ans, je l'ai vu hein, mais (.) l'évolution.] qui est au moins aussi importante, que le premier acte [M4 : Tout à fait.]. Hein quand on répond à quelqu'un, on engage autant notre responsabilité, euh donc ça fait des consultations qui devraient être plus longues, et on retombe à peu près sur ce que disait euh M5, c'est que on se retrouve après à 23 € à avoir fait sa consultation (.) Dans la même consultation, on a fait de la diabéto, de la cardio etc. Le cardiologue, quand il les voit il fait payer l'électro, il faut payer [M5 : Ouais ouais, ouais ouais.] l'échographie, il fait revenir pour le test d'effort etc.

M5 : Ouais ouais.

M9 : Ça c'est peut-être un peu une question aussi d'organisation, mais c'est pas facile hein, je suis dans la même situation.

M1 : Ah ben moi je, je =

M9 : = Il faut essayer de dire aux gens on va faire ça et ça, et puis pour la prochaine fois vous reviendrez pour qu'on puisse (.) Et pour faire passer cette pilule, je dis : « J'aime bien faire les choses, prendre mon temps [M1 : Voilà, tout à fait.], on a fait ceci et cela, et on fera tranquillement la prochaine fois.

M5 : Il faut se déculpabiliser par rapport à l'argent hein, il faut avoir (.) Voilà, je le disais, il y a des stages où on, on programme les gens en disant : « Voilà euh vous pouvez demander plus, vous pouvez demander de l'argent, c'est normal, vous avez fait 11 ans d'étude, vous prenez des responsabilités, euh, vous avez la, la vie de vos patients entre les mains, ne, n'ayez pas peur de demander des sous ».

M9 : On est pas culpabilisé, enfin je pense pas. Enfin, nous on y est pas.

M5 : Ah y en a quand même, l'argent ça (.) Ben la preuve {montre M3}, la preuve.

M3 : Oui je le reconnais.

M5 : Ben y a des gens qui ont du mal à demander de l'argent.

M2 : Quand on parle de ça =

M5 : = Tu demandes du DE ? [M3 : Jamais.] Est-ce que quelqu'un demande du DE quand tu prends un quart d'heure de plus ? Tu peux le faire [M6 : Tu peux mettre du DE oui.], tu peux le faire [M3 : J'ai régulièrement des consultations d'une demi-heure trois quarts d'heure euh (.) {fait un signe négatif de la tête}.]. Quand t'as des visites, quand t'as des visites injustifiées, tu peux les aligner [M6 : Je l'ai fait une fois.]. Et ben, et ben moi je l'ai fait des fois, tu sais qu'ils les ont {prend son cou avec sa main} comme ça hein. Et j'ai pas de problème narcissique tu vois.

M2 : Ben eh. Moi je vois j'ai un ostéopathe en face de moi, les gens vont d'abord chez l'ostéopathe, payent 50 €, ils disent jamais rien y a pas de problème [M5 : Mais et alors ? Mais va dans le Sud ! Va à Paris ! Va à Paris en secteur 2 !]. Mais quand ils viennent chez moi, à 23 € ils ont du mal à le donner. Alors qu'ils sont remboursés. Y a des choses j'ai, j'ai vraiment du mal à comprendre des fois [M5 : Et on est des SMICards par rapport à nos confrères parisiens hein.].

M8 : On a pas d'insatisfaction par rapport au paiement à l'acte, à part des fois on a des chèques impayés {rires}. Le problème j'ai eu quelques euh, 2-3 patients comme ça. Ils venaient ils attendaient. Hop moi je suis juste venue pour une tension, mais c'est des gens qui venaient pour leur diabète, l'hypertension. Donc moi je fais mon ordonnance et tout. Pis la personne pensait que comme elle renouvelait son traitement et que j'avais pas fait grand-chose, elle me demandait si il faut qu'elle paye (.) Euh {rires} parce que quand on parlait de la relation euh [M4 : « Je vous dois quelque chose docteur ? » Ça c'est le truc qui (.)] Et moi j'ai répondu {enlève ses lunettes} : « Vous pouvez venir faire les carreaux chez moi » {rires}. Non mais c'est gênant, pour nous. Parce que c'est vrai, on a pas fait grand-chose peut-être : on a regardé la tension, on a regardé la glycémie, la dernière, on a renouvelé l'ordonnance. Et, pour ces gens euh, ben faut payer pour ça ?

A : Oui, d'accord.

M6 : Alors, j'ai une réponse pour M8, parce que on, on (.) J'apprends toujours ça à mes stagiaires, je leur dis : « Si tu veux savoir ce que la personne pense, par rapport aux honoraires ». Si la personne demande : « Combien je vous dois ? », c'est qu'elle pense devoir payer. Si elle demande : « Je vous dois quelque chose ? », c'est qu'elle pense ne pas devoir payer.

{rires généralisés}

M8 : C'est un peu euh {fait la moue} : « Ah, il faut payer pour ça ? ». C'est pour ça peut-être, {pour M9} comme tu dis, à un moment donné, le paiement à l'acte, y a beaucoup de choses qui vont nous enqui…, qui vont nous échapper, parce que maintenant les pharmaciens euh, ils s'y mettent, parce que ils peuvent renouveler, par exemple euh (.) Ça serait mieux rémunérer un pharmacien pour renouveler une ordonnance, que de rémunérer le médecin qui va surveiller un peu mieux parce que c'est notre métier [A : Oui.] d'accord ? Et là ils trouvent c'est gênant parce qu'il faut payer tous les 3 mois à l'acte, alors qu'on veut bien aller chez le pharmacien. Et comme ça le pharmacien sera pas payé par les gens, il va être payé par la caisse. [M9 : Il faut voir les résultats hein. Avec les complications, le désastre.] Et c'est pas moi qui va payer. Et donc après qu'est-ce qu'on fait quand il y a des complications ? Ben quand on les reçoit au bout de 9 mois, on sait plus en fait [M4 : {rires} Y en a pour 2 heures.].

M9 : Ben les gens appelleront le pharmacien quand y aura une urgence à 2h du mat'.

M6 : Les INR, la surveillance des INR par le pharmacien oui, ça ça promet.

M2 : Oui parce que quand les gens t'appellent 10 fois par jour, t'es pas rémunéré 10 fois hein.

M6 : Oh ben c'est même toi qui appelle quand tu vois qu'il y a un problème.

M5 : Ouais, ouais.

M8 : C'est l'insatisfaction de ne pas avoir, euh de pas un peu revaloriser cet acte [A : Oui.]. Et donc le seul moyen que l'on a actuellement, c'est d'être payés.

A : D'accord, oui.

M1 : Surtout si y a pas d'ordonnance à la sortie.

M8 : Ben c'est pas grave ça.

M1 : Non mais, tu peux passer 5 minutes, 10 minutes à discuter avec un patient. Il est venu quand même le patient, aussi pour ça. Et, moi j'ai pas ces problèmes, mais je comprends très bien que dans un certain nombre de, de, de, de cabinets, les gens seraient surpris qu'on leur demande de l'argent pour ça. C'est bien marqué Con-sul-ta-tions, c'est pas marqué Délivrance d'ordonnance.

M5 : Bien sûr.

M8 : Oui mais attention, et je pense que la plupart de nous font à mon avis, pareil. Moi, parfois, y a pas mal de consults qui terminent sans rien demander, parce que =

M5 : = Surtout que les objectifs on nous dit de faire de la médecine préventive. Dans les objectifs de la nouvelle médecine là, on doit faire beaucoup de prévention [M8 : Plus le social.].

M4 : Mais normalement la prévention elle ne devrait même pas être payée, la prévention c'est =

M5 : = Ah alors là, c'est du mécénat alors, ça s'appelle du mécénat.

M1 : J'ai vu, j'ai fait un certificat médical pour une euh embauche d'étudiante pendant les vacances, dans une mairie. Alors, à mon avis c'est le papier qu'elle fait remplir au médecin quand, pour une titularisation pour un poste euh de CDI quoi. Mais bon, c'était (.) Alors le, c'était marqué {fait semblant d'écrire} : « Le médecin s'engage à bien examiner » euh (.) « Le médecin -tu parles fallait mettre son tampon- s'engage à respecter » euh etc, « Le médecin s'engage à scruter » {fait mine d'écrire beaucoup plus vite} Ta ta ta ta ta ta ta. Tu tournais la page et en haut, euh : « Le médecin s'engage à faire cet acte gratuit ».

{rires généralisés}

M3 : {étonnée} Quoi ?

M8 : Ca c'est chez les profs aussi =

M9 : = C'est sérieux ça ? C'est grandiose ça !

M1 : Ah tout à fait, c'était pour je ne me rappelle plus, je sais plus quelle euh [M2 : Une mairie euh.] une mairie oui.

M5 : C'est à la Rochelle ça {rires}.

M1 : Non non non, c'est dans la région.

M4 : C'est dingue ça.

M1 : C'est extraordinaire ça, « le médecin s'engage à ne pas faire payer ».

M8 : Mais ça c'est pour les profs aussi, c'est pareil.

M9 : {ébahi} J'ai jamais vu ça.

M1 : Ah, moi en 35 ans j'ai jamais vu ça.

M2 : T'aurais du faire une photocopie.

M5 : {rires} Eh, c'est un faux, c'est un faux, tu t'es fait avoir.

M9 : Je voulais dire pour rebondir, il faut vraiment qu'on soit conscients des conseils qu'on donne, il faut leur donner la valeur, on est pas là -je dirai même l'ordonnance, le papier c'est le moins important- le fait qu'on réfléchisse, qu'on fasse fonctionner nos méninges, qu'on explique au patient, il faut (.) Les gens sont inquiets, viennent me voir pour demander des renseignements ou au téléphone, on aurait pas idée de faire payer, on l'a tous fait des centaines de fois des choses gratuites, mais quand on se démène pendant 20 minutes voire une demi-heure, et même si y a pas de médicament ou 0 médicament sur l'ordonnance, c'est fruit de 10 années d'étude, et tout ça, y a {ouvre les mains} rien de scandaleux à demander les 23 € si la personne peut payer sachant qu'elle sera remboursée. Et si la personne a des problèmes, et ben y a des CMU ou des choses comme ça, où là on peut s'arranger. Ça ne me {plus lentement} choque pas du tout. Si y avait un système sans CMU, ou sans être pour les plus démunis, ça me gênerait. Mais là ? Non, ça ne me dérange pas.

M5 : Ben non, les vétérinaires ne sont pas, n'ont pas (.) hein ils n'ont pas de problèmes par rapport à leurs honoraires hein.

M2 : Ah ben ça pas du tout hein.

M5 : Pour demander le, l'argent pour la vaccination du chien-chien et du toutou hein, ils sont pas, ils sont pas (.) Ca les gêne pas de demander leurs honoraires. Et c'est pas, et c'est pas remboursé.

M8 : {pour blaguer} Ils vont pas nous remplacer quand même les vétérinaires ? {rires}

{rires généralisés}

M6 : {pour blaguer} Juste pour les accouchements.

M4 : Vaut mieux pas.

A : Est-ce que (.) Est-ce que vous vouliez rapporter, enfin euh, redonner d'autres, d'autres éléments sur les insatisfactions, ou est-ce qu'on peut passer à la question suivante ?

{silence}

A : On avance ?

M1 : Bon on peut quand même insister sur le fait que les honoraires vont être bloqués pendant 5 ans {rires généralisés} grâce au P4P là, le paiement à la performance. C'est important quand même.

A : Tout à fait. On va en parler du paiement à la performance, un petit peu plus tard. Euh que pensez-vous de votre niveau de revenus, euh, avec ce système, avec ce système de paiement à l'acte ? On l'a un petit peu abordé, on l'a survolé mais euh, pour avoir un avis plus, {fait un mouvement d'ensemble de la main} plus général, enfin du groupe. Euh, qu'est ce que vous pouvez m'en dire ?

M1 : Ben le montant du (.) Enfin on est des tâcherons, je veux dire : 1 acte, 23, 1 acte, 23. Si on reprend la comparaison avec le pharmacien, le pharmacien lui il peut partir 15 jours en vacances, la boutique elle tourne toujours. Donc si on veut augmenter notre chiffre, indépendamment du fait qu'il faille déjà conquérir la clientèle -et qu'elle reste- euh il faut quand même aller chercher les actes les uns après les autres {acquiescement de M2}. Donc notre progression en chiffre d'affaires est fonction de notre temps de travail.

M4 : Exactement.

M1 : Celui qui veut s'acheter une Porsche, ben il faut qu'il travaille plus que celui qui se contente d'une Twingo.

M5 : Faut qu'il fasse autre chose que de la médecine générale.

{rires généralisés}

M5 : Parce que c'est très mal payé, très mal payé.

M3 : Ça c'est sûr. Et il a intérêt à vouloir soigner des angines plutôt que des dépressions.

M4 : Aussi.

M7 : En plus.

M6 : Y a mieux, y a mieux, y a les vaccins.

M1 : Donc tout est une question d'activité.

M2 : Oui c'est vraiment le temps, le temps qui nous manque quoi. Pis c'est très difficile de bloquer, de bloquer les gens, enfin je veux dire moi je suis que sur rendez-vous, donc je prends pas de consultation libre du tout depuis des années maintenant. Et ben, un quart d'heure c'est vite passé hein. C'est, donc souvent on déborde et (.) on est pas plus payé hein. Parce qu'on pourrait dire euh, 23 € c'est pour 10 minutes, ça sera 46 si c'est une demi-heure euh.

M6 : Moi j'arrive pas, j'essaye même pas de mettre un quart d'heure, je tiens pas.

M2 : Oui mais t'es obligé de prendre les gens, il faut bien donner des horaires.

M6 : Ah non non mais moi je mets plus. J'élargis plus que ça, un quart d'heure je peux pas =

M7 : = Oui mais toi tu fais pas beaucoup de rendez-vous.

M6 : Non, j'en fais peu.

M2 : Oui, alors que moi je fais que ça, je fais que des rendez-vous.

M6 : Ouais, ouais.

M2 : Il faut que j'arrive à (.) Bon là, y a du monde {rires} c'est vrai que c'est avec le temps. Mais c'est vrai qu'en été t'as moins de monde, t'arrives à (.) si tu débordes c'est pas grave {acquiescement de M6}, mais en plein hiver c'est une catastrophe quoi hein. Donc sur rendez-vous t'es obligé de (.) Le temps c'est vraiment très très important.

M5 : C'est quand même plus souple de travailler sur rendez-vous, que d'arriver avec une, une demi-heure, une heure de retard parce que t'as eu une urgence [M2 : Non mais c'est sûr.], et puis tu rentres dans une salle d'attente surbondée où t'as les gens qui font déjà la tête =

M2 : = Tout à fait, non mais c'est pour ça que je suis passée sur rendez-vous, j'avais déjà trois heures de queue sur le trottoir, il suffisait que je tourne 5 minutes pour trouver une place [M5 : C'est plus reposant quand même.]. C'était affolant {soupire}. Non je pouvais plus, psychologiquement c'était plus possible.

M5 : Ah et puis une fois qu'on travaille sur rendez-vous on peut plus s'en passer hein ?

M2 : Ah moi je pourrais plus refaire marche arrière.

A : Pour revenir sur le niveau de revenus {rires} {rires de M5}, je veux bien qu'on parle des rendez-vous mais {rires}, on s'éloigne un peu. En fonction =

M2 : = Le niveau de revenus, oui moi je crois qu'on est (.) C'est {fait un geste de mouvement vers le bas de la main} trop bas par rapport à ton, bah pas seulement vis-à-vis du patient qui est en face de vous. Je veux dire, un cabinet pour le faire tourner il faut, il faut des choses euh : ou un secrétariat, voilà, ou un standard téléphonique, vous avez une femme de ménage, sauf si vous faites le ménage vous-mêmes enfin, je veux dire y a pleins de charges, vous payez l'électricité comme tout le monde. Euh, quelqu'un qui travaille dans un bureau,

tout ça il ne connaît pas hein. Donc dans le libéral y a quand même des ch…, des taxes très importantes. Et quand on voit le prix de la consultation et ce qui reste sur une consultation ben c'est, c'est pas grand-chose.

M1 : Surtout qu'on reçoit régulièrement des factures, des lettres de, de différents prestataires, que ce soit SECURITAS, que ce soit … qui te disent : « Ben cette année on va passer de 41 à 43 parce que on a augmenté les frais de personnel ».

M2 : Alors que nous on est pas augmentés.

M4 : 43 c'est gentil hein.

M1 : Non mais c'est, je dis n'importe quoi.

M4 : Ouais, ouais, on a pas des augmentations de 3 %.

M8 : Point de vue revenus [A : Oui ?], c'est vrai, nous on est acteurs de ça. On arrive à moduler ça. Mais moi je pars, je mets dans ma tête, j'ai sur les 23 €, impôts inclus, 57 % (.) de charges, de, de =

M2 : = Que l'URSSAF {rires}.

M8 : Non mais si je prends l'URSSAF, tout ce qui me coûte [M6 : L'URSSAF, la CARMF.], la femme de ménage, tout ce qu'on veut, ça me coûte -avec les impôts au bout- ça fait 57%. Il reste 11 €. C'est-à-dire notre acte vis-à-vis des gens, on a, on a honte de demander 23 € {rires} c'est-à-dire sur les 23 € qu'est-ce qui nous reste ? 57 %, ça nous fait même pas la moitié [M6 : 10 et demi-11.] Voilà. On a 10 €, 11 €. Et là on a, alors bien sûr il faut manger, entre temps il faut acheter un truc, tu peux pas rester avec le monde qu'il y a. Et ben, je trouve que c'est là qu'il faut regarder, c'est pas le, la somme finale [A : Oui.] Euh si je veux acheter une {sourit} Porsche moi, euh il faut que je travaille 14 heures [M1 : Tous les jours.]. C'est ça le, le, le =

M5 : = Pendant 40 ans.

{rires généralisés}

M8 : Non mais attendez 57 % c'est quelque chose 57 %. À la fin de la journée, vous avez =

M6 : = Une Porsche d'occaz ça va.

M8 : Moi je dois faire attention, si je dépense ça, quand le FISC va me réclamer si j'ai pas mis euh (.) Donc c'est vrai, l'argent, les revenus, on les module soi-même, mais moi je mets {fait un mouvement de côté avec la main} hop 57%. Et le reste c'est à moi.

A : Donc qu'est ce qui (.) D'un point de vue général euh, qu'est-ce que vous pensez de la valeur de la consultation ? La valeur de C ?

M4 : Bah, trop basse !

M2 : Elle est sous-estimée, elle est sous-estimée.

M9 : J'ai pas bien compris. {vers A} Est-ce que vous pensez que nous sommes assez payés, et alors là euh, on serait des fous, des malades mentaux, aucun français pense qu'il est

assez bien payé, ou peut-être quelques centaines ou quelques milliers. J'ai cru que votre question c'était : « Que pensez-vous de vos (.) revenus en rapport avec le paiement à l'acte ? » C'était ça votre question ?

A : Tout à fait.

M9 : Parce que moi je crois que la question elle est mal posée. {Vers O} Pardonnez-moi, c'est, le problème n'est pas là. Si on choisit le paiement à l'acte ou le tiers payant ou la capitation, ou l'intéressement, c'est-à-dire un mixage entre paiement à l'acte et paiement à la performance, si on nous donne à la performance, le C n'augmentera plus. Vous avez tous compris, c'est le piège : si on nous paye à la performance le C va rester bloqué pendant des années. Si on est à la capitation, on trouvera, les pouvoirs publics trouveront toujours quelque chose, euh à un certain moment on aura tant d'euros, tant de centaines d'euros par patient, pis ça sera un peu moins pis un peu moins. Donc euh, je pense que quel que soit le mode de (.) paiement, euh nos (.) Il ne faut plus espérer sauf à se battre, ou à avoir des circonstances peut-être plus favorables, je ne pense pas qu'on puisse espérer voir augmenter nos revenus. La seule chose qui protège nos revenus, c'est la relative pénurie médicale. Quand je vois des confrères se plaindre, euh de la sélection importante je dis : « Les gens sont fous, ils scient la branche sur laquelle ils sont sciés ». Si nous sommes trop nombreux, notre pouvoir est zéro, en politique. Si nous sommes peu nombreux et que nous sommes rares, on est puissants si on s'unit. C'est une chose extrêmement importante vis-à-vis de tous les partis politiques. A la fin des années 70, on était dans une situation désastreuse : y avait 12 ou 13 000 nouveaux médecins chaque année. C'était un désastre, on courait vers la fonctionnarisation pure et simple. Maintenant qu'y a une relative pénurie médicale, on est en situation plus forte à mon avis. Donc le fait du mode, le mode de paiement moi j'ai envie de dire : celui qui nous pose, enfin c'est ma façon de voir, le moins de tracasseries administratives. Et voilà pourquoi je reviens avec le paiement à l'acte, avec toutes ses imperfections, c'est simple, c'est facile. {M6 prend des notes} Les autres, ben j'ai déjà expérimenté avec le CAPI (.), c'est la porte ouverte aux complications, et aux tracasseries, et aux paperasseries administratives [M2 : Surtout la paperasserie.]. Depuis 3 ans que le fais le CAPI, j'ai un classeur {montre une hauteur d'une trentaine de centimètres} comme ça rempli de diagrammes, avec mes prescriptions {rires de M5} d'IEC et d'aspirine (.) {refait le même geste} Épais comme ça. Alors y a des gens, à la caisse, qui passe le temps à faire des, c'est très bien fait y a toutes les couleurs {bruit de canette qu'on décapsule} (M2 vient de prendre un soda, NDO), des échelles, c'est merveilleux, mais je suis stupéfait de voir les sommes folles qui sont dépensées à la caisse pour euh (.) Ça montre que nous sommes littéralement dans la lunette du viseur littéralement. C'est affolant.

A : D'accord.

M6 : Je crois qu'on est en train de mener un combat d'arrière-garde, pour plusieurs raisons. {avale sa salive} D'abord la première c'est que beaucoup de médecins ont déjà anticipé, en diversifiant leur activité, en se disant que ils ne font plus que du paiement à l'acte. Y en a pleins qui font une maison de retraite, qui vont euh, qui font un truc complémentaire, qui font de la régulation en centre 15, qui font d'autres trucs à côté, qui font des vacations euh, en crèche etc. Euh chez nous à la maison médicale y en a la moitié au moins, si c'est pas les deux tiers, qui font des trucs complémentaires. Euh, et puis pour avoir fréquenté quand même quelques congrès, quelques séminaires, et notamment j'étais au, fin mars à Cap15 à Paris euh, au pôle, enfin au congrès des, des maisons de santé, actuellement et quelque soit

le parti politique, puisque on a vu {fait un mouvement de droite à gauche avec le tranchant de la main} un représentant de Sarko et un représentant de Hollande, qui étaient venus nous parler de leur, de l'avenir de la médecine. Et, ils étaient tous d'accord pour développer les ENMR : Expérimentations des Nouveaux Modes de Rémunération. Donc ça ça risque très probablement d'arriver, de toute façon quel que soit le parti c'était bon hein, c'était joué d'avance. Donc euh, c'est des, des sommes qui seront données au médecin pour, pour faire des actes complémentaires qui ne seront pas rémunérés justement à l'acte. Ça sera des trucs forfaitaires, ça sera de l'éducation thérapeutique, ça sera de la sortie d'hospitalisation, ça sera de la coordination de soins euh, en équipe etc. Ça sera euh, rencontrer une infirmière, un kiné, un médecin, pour envisager un protocole de soins pour un patient (.) etc. Tout ça c'est les nouveaux modes de rémunération, et tout ça ça va se faire. C'est les nouveaux trucs et ça viendra en complément des honoraires. Ça c'est, c'est quasiment dans la poche de toute façon. Que ce soit les 2 représentants hein, on avait euh -je sais plus comment ils s'appellent mais enfin- un représentant UMP et un représentant PS, et là-dessus c'était =

M9 : = Mais on est pas obligés d'accepter. On peut se battre quand même.

M6 : Ben c'est eux qui décident de toute façon.

M9 : Ben oui mais alors là euh (.) On dirait « Amen » à tout alors.

M6 : Ben, à mon avis on aura du mal à aller dans l', dans l'autre sens [M9 : Pourquoi ?]. Mais bon (.)

M9 : Ah parce que si les gens sont d'accord, d'accord. Mais si les gens sont pas d'accord, pourquoi euh, je sais pas. C'est, c'est, c'est un peu défaitiste ce que tu dis.

M6 : Non, c'est, c'est pas défaitiste [M2 : C'est être réaliste.], c'est, c'est de la réalité de terrain.

M9 : Mais, tout ceci va se traduire, et je pense que vous serez d'accord avec moi, par des paperasseries, des temps, il faudra remplir des formulaires, des ci, des [M4 : Protocoles.] protocoles, des, des choses qu'on fait déjà mais ça va être euh. Les paperasseries, le temps qu'on prend, ça sera moins de temps pour la médecine, et plus de temps pour remplir des bordereaux de toute sorte. J'en suis <u>persuadé</u>.

M2 : De toute façon au fil du temps les papiers ont largement augmenté. Par rapport à y a 30 ans je veux dire. Avant on faisait notre feuille de soins, notre ordonnance, c'était terminé. Y avait pas d'ALD, y avait pas de COTOREP, on faisait (.) Enfin, je veux dire les trois quarts des papiers qu'on fait maintenant le soir ou je sais pas quand.

M9 : Ça sera sur informatique ou sur papier je suis d'accord [M2 : Mais c'est la même chose.], mais enfin ça sera des choses administratives, des tracasseries.

M2 : Oui, je suis d'accord avec toi, là y en a de plus en plus.

M6 : Ça c'est le premier frein à l'installation des jeunes, les tracasseries administratives. Ils ont fait une enquête =

M2 : = Attends, là dans le Quotidien du médecin, ils disaient la semaine dernière, c'est 4 heures minimum par semaine, pour un généraliste de papiers. Et je pense que c'est vrai.

M6 : Est-ce que tu sais quel est le pourcentage de ceux qui sortent de médecine, de la filière médecine, et qui s'inst…, qui sont prêts à s'installer en libéral ?

M4 : 10 % [M2 : 10 %.].

M6 : 10 à 15 ouais. 10 à 15, voilà. Et tous les autres cherchent autre chose.

M2 : Ben oui c'est sûr.

M3 : Et combien s'installent ? Parce que ça ce sont ceux qui sont prêts mais je pense pas qu'il y en ait 10 % qui s'installent hein.

M6 : Ouais. Et le premier, le premier obstacle, c'est pas la difficulté, c'est pas les heures, c'est pas le boulot, c'est les tracasseries administratives. Principal motif qui apparaît dans les enquêtes qui sont faites dans les facs. Voilà.

A : D'accord.

M9 : Et il faut trouver des généralistes, alors là on s'éloigne du sujet mais =

M4 : = Moi en tant que remplaçante, ça fait 6 ans que je suis installée, donc maintenant ça fait déjà un bon moment [M6 : Il paraît qu'il y en a à Plappeville …], je gagnais plus en tant que remplaçante, que maintenant. Alors euh (.) En travaillant à peu près pareil. Hein, j'avais fait un petit calcul euh.

M8 : Oui, parce que t'as 57 % =

M4 : = Ben voilà, charges. Et en plus bon ben, à mon dernier patient terminé, effectivement j'avais pas de dossier à remplir, pas de paperasse à remplir.

M9 : Et les 57 % peuvent devenir 58 % =

A : = On va se recentrer sur les questions.

M4 : Et ça j'ai pas mis en rapport avec les heures de paperasseries, j'ai pas compté les heures de paperasserie dans le (.) Donc ça sera encore moins.

M9 : On est 2 fois le SMIC. Moi je veux bien qu'on me paye le SMIC.

M4 : En heure on est au SMIC oui c'est sûr.

A : On va passer au (.) {brouhaha général}. {plus fort} On va passer au =

M5 : = {en désignant O} Arrêtez on va lui foutre le moral à plat eh ! Et on va lui foutre le moral à plat, il va faire autre chose.

A : Mais non, mais non, mais non {rires}.

M6 : De toute façon il veut faire médecin-conseil {rires}.

M5 : Ah bon {rires} ?

M8 : Oh mais d'ici là, ça sera 32 €.

A : Alors, on va passer, on va passer au point suivant, on l'a déjà abordé mais pour que tout le monde puisse également donner son avis : que représente les forfaits pour vous ? C'est-à-dire les forfaits euh ALD, Hémoccult, etc etc.

M5 : Ça fait du bien.

M4 : {rires} C'est mieux que rien.

M5 : Quand on lit la, quand on lit la, le relevé de la Sécu là, qu'on voit qu'on a 1 000 et quelques euros là, on se dit : « Tiens, là ça va mieux, le mois-là ça sera moins serré ». Ça fait du bien, ça fait du bien ça.

M2 : Ah ben c'est sûr hein. Ben en plus c'est du trav…, c'est quasiment du travail rémunéré parce que avant on avait nos 40 € quand on envoyait le papier, et on était payé quand on avait fait le dossier d'ALD, qui pouvait prendre entre 5 minutes et 1 heure si il fallait (.) parce que dans le temps il fallait écrire des pages et des pages, expliquer machiner. Bon maintenant tu mets « Selon recommandations de la HAS » pis t'es tranquille.

M5 : Oui c'est bien ça, c'est bien.

M2 : Non mais je veux dire, là les 40 € ils te les donnent à la fin de l'année, tous les ans, mais avant tu étais payée au moment où tu le faisais.

M5 : Oui, c'est sûr. Oui la maintenant à la fin de l'année ça, ça tombe bien quoi pour les cadeaux de Noël.

M8 : Et ça c'est tous les ans que tu reçois le cadeau [M2 : Oui, une fois par an.]. Avant c'était tous les 5 ans.

M2 : Non mais je veux dire c'est quand même un paiement, t'as quand même travaillé pour l'avoir c'est pas, on te fait pas un cadeau =

M5 : = Non, non, c'est pas un cadeau de Noël. Mais ça fait du bien quand tu le vois arriver.

M8 : En parlant d'Hémoccult, ça dépend de la discipline des gens =

M9 : = Et puis c'est tellement faible hein.

M2 : Oui c'est pas grand chose.

M8 : C'est pas grand-chose mais euh [M9 : Oui, c'est toujours ça.] moi j'ai à peu près 45 % des gens qui (.) viennent pour leur programme Hémoccult et quand je reçois la liste des autres, à chaque fois je leur dis euh [M6 : C'est bien, c'est même beaucoup là hein.] : « Où il est votre truc ? » Ben ils (.)

M9 : Oui mais, à propos des rémunérations à l'intérêt genre CAPI, méfiez-vous. Moi j'ai été surpris (.) parce que, je sais pas si y en a d'autres qui ont signé le CAPI =

M2 : = T'as été traumatisé par le CAPI ?!

A : Alors, alors qui est-ce qui a signé le CAPI ?

M9 : {pour M2} Non, non pas tant que ça mais, j'ai quand même touché quelque chose comme 3 000 € hein les [M4 : Ah ben ça te paye les vacances hein.], les 2 années où je l'ai fait [M1 : {tout bas} Oh la la la la, le CAPI.], ça m'a pas coûté tellement de travail ou tellement d'efforts mais ça donne une somme qui paraît sympathique comme ça, mais à mon avis c'est pour appâter les gens : les premières années ils le donnent légèrement, mais les années passant [M2 : = Et t'en as eu d'autres après, la deuxième ou la troisième ?], vous allez voir, ils vont placer la barre d'exigences de plus en plus élevée, et je crois que ces 3 000, ça sera {fait un mouvement descendant par paliers avec la main} 1 500, 1 000, 500, ça sera de plus en plus de travail, et de moins en moins de rémunération. Vous allez dire, je suis pisse-vinaigre mais, je crains avoir dramatiquement raison.

M2 : Alors, moi je dirai =

A : = Parmi vous autour de la table, est-ce que euh, est-ce que d'autres ont signé le CAPI ?

M2 : {du tac au tac} Moi.

A : Oui, vous. Pourquoi ?

M2 : Et ça m'a franchem… Alors là j'avoue que en, ça fait plus de 30 ans que j'exerce maintenant [M5 : Ça se voit pas, ça se voit pas.], j'ai été vexée, où j'ai été vexée, parce que la première année j'étais {pour M9} comme toi, j'étais toute contente d'avoir touché mes sous, en me disant : « Ben c'est bien, 3 ans comme ça, ça fait toujours un peu d'argent qui rentre ». Et tu travailles (.) Ben, t'es pas obligée de, tu travailles normalement. Si tu fais ton travail consciencieusement, normalement t'as pas à rajouter, ça te rajoute pas une somme de travail. Sauf que, d'une année sur l'autre, si tu veux encore toucher des sous, faut que tu fasses chaque fois {fait un mouvement vers le haut avec la main} mieux [M9 : Oui c'est ça, c'est un système qui est très piégeux.]. Donc la première année j'ai gagné aussi dans les 3 000 €. Mais la deuxième année, j'ai reçu une belle lettre recommandée dans laquelle, qui me disait : « Madame, vous êtes nulle cette année, vous n'avez absolument pas monté vos objectifs, c'est 0 € » {rires de M4} Ben c'est vachement vexant, après 30 ans de médecine, de savoir que t'es complètement nulle.

M9 : Ils arrangent ça de telle manière que c'est impossible, ils placent une barre de telle manière que ça paraît sympathique puis ensuite plus haut plus haut [M2 : Bah bien sûr.] alors au début c'est le jus d'orange et ensuite c'est l'huile de foie de morue.

M2 : Alors je te dis que ça m'a pas fait plaisir, le jour-là j'étais de mauvaise humeur {rires}.

M5 : Alors t'as prescris plein de, plein de =

M2 : = Ah je fais tout l'inverse moi maintenant, ils ont tout gagné.

M9 : Et si les gens n'aiment pas ou ne supportent pas les IEC, ou ceci ou cela, ou veulent plus de génériques, alors là finalement [M4 : On leur dit de changer de médecin {rires}.], on passe le temps à se battre en duel contre les patients pour faire plaisir à la caisse. C'est une histoire de fous : on est au service de nos patients, et pas de la caisse. Enfin c'est, je vous livre mes réflexions.

M5 : {pour A} Et après on parle du moral des médecins ?

A : {rires} Non, non, trop long.

M6 : On, on aborde que le CAPI, ou le P4P aussi ? [M2 : T'as raison, parce que moi au début, ça m'arrivait de prendre 5 minutes dans une consult', pour expliquer qu'il fallait (.) accepter les génériques. Voilà, que c'était bien, que ceci. Maintenant, ils m'embêtent tellement, que c'est : « Vous voulez Non substituable, je vous mets non substituable. Toute l'ordonnance ? Allez toute l'ordonnance ».]

A : {tout bas, pour M6} C'est quoi le P4P ?

M6 : Ben c'est le nouveau CAPI [M9 : Et puis au bout de 3 ans, 4 ans, répéter la même chose.].

A : Ah oui.

M6 : Parce que on est, on est tous au P4P =

M5 : = Oui, alors on sera tous pas payé, c'est ça ?

M1 : Et ce qui est extraordinaire, c'est que tu es fatigué au bout de la deuxième année. Non mais, ils s'imaginent quoi ? Avec 20 ans encore d'exercice devant toi, si la deuxième année déjà t'es fatigué euh, on comprend très bien que les jeunes veulent pas faire ça. Ils ont pas tort hein.

A : Alors, pour rester, pour rester dans les différents, enfin dans les autres modes de paiement, euh qu'est-ce que vous pensez des différents objectifs de paiement à la performance de la nouvelle convention ?

M1 : Bah c'est nul [M6 : Le P4P ?], c'est nul.

A : {pour M6} Oui.

M6 : Bah c'est, c'est extrêmement intéressant ce truc-là, extrêmement intéressant. Alors y a, y a trois façons de faire : Y a les gens qui disent euh : « Je refuse ». Mais d'abord y a les gens qui, qui l'auraient pas accepté, mais qui savent pas qu'ils pouvaient pas, que pour ne pas l'accepter il fallait envoyer une lettre recommandée [M2 : Voilà.]. Ça c'est les premiers [M5 : C'est moi. M2 : Moi aussi.]. À peu près tous on savait pas qu'il fallait, voilà on savait pas qu'il fallait envoyer une lettre recommandée. Alors y a les futés, on en a deux chez nous, qui savaient, ils envoyé une lettre recommandée, ils l'ont pas pris. Pis alors tous les autres, de ce fait là, ont assuré le triomphe de Mr Van Roeckeghem, qui a plastronné devant la presse en disant : « 95 % des médecins sont d'accord avec le P4P ». Évidemment, 90 % savaient pas qu'ils pouvaient le refuser. Donc euh, on savait pas donc on est <u>d'accord</u>, selon Mr Van Roeckeghem on est d'accord [M2 : Tacitement. M3 : Qui ne dit mot consent {rires}]. Alors après y a deux possibilités encore : la plupart des médecins, on est venu leur présenter leurs objectifs, hein {en interrogeant du regard les autres participants} vous avez du voir ça. Et puis quelques (.) alors quelques mois après, ils viennent -{fait un geste de téléphone} enfin ils vous recontactent- et ils vous demandent un rendez-vous pour venir vous dire où vous en êtes dans vos objectifs. Alors moi c'est là où j'ai scotché ma, ma DAM hein, ma petite DAM -Déléguée d'Assurance Maladie, ça s'appelle des DAM {épelle} D-A-M- {toussote pour s'éclaircir la voix} Je lui ai dit : « Non, vous aurez pas de rendez-vous ». Elle me dit : « Mais euh, vous êtes d'accord de P4P ? » Je lui dis : « Non, j'ai pas envoyé de lettre recommandée, mais j'ai pas demandé le P4P ». Elle me dit : « Oui mais enfin euh, vous êtes d'accord avec la prime à la fin de l'année ? ». Je lui dis : « Écoutez je suis tout à fait d'accord

pour que si on estime que j'ai atteint les objectifs on me donne une prime à la fin de l'année, mais je ne veux pas voir vos objectifs. Je ne veux pas savoir où j'en ai, où j'en suis, par rapport à vos objectifs. Comme ça vis-à-vis de mes patients je suis extrêmement à l'aise. Ils savent -ou ils sauront- que je ne serai pas influencé par vos chiffres. Si on me donne une prime, c'est parce qu'on estime que j'ai bien travaillé. Et si on estime que j'ai pas travaillé, je m'en fous. Mais en tout cas, votre P4P, je l'ai pas demandé, et vous faites ce que vous voulez avec ». Mais je les reçois pas. Donc voilà c'est la solution que j'ai trouvée, et comme ça c'est parfait.

M8 : Moi ce qui me gêne dans cette affaire-là, euh c'est comme si on vous demande d'investir, hein bon, quand vous voulez investir à la bourse, vous attendez que vous gagnez, d'accord ? C'est, c'est ce qu'ils nous demandent en fait, et le risque est le même : là, on a vu la crise, on risque d'avoir la même chose. Moi ce qui me gêne, c'est que ils me demandent de changer mon logiciel. Déjà. Donc il coûte cher. Que à l'époque où ils nous ont obligés de s'informatiser, euh parce que moi j'ai tardé à demander la somme j'ai pas, quand j'ai demandé la somme on m'a dit : « C'est trop tard, il fallait demander l'argent dans les temps ». Là, on me demande, pour faire une performance, on me demande d'investir. Donc je suis en train d'investir dans quelque chose qui va peut-être me rapporter un peu, mais en fait si je calcule bien, je vais être bloqué dans mes revenus pour pouvoir, pour pouvoir avoir un peu plus d'argent que je mérite largement {chuchotements entre M1 et M2}. Et c'est pas, c'est pas de leur poche. Donc il faut un logici… Il faut le savoir ça, il faut un logiciel tout à fait différent de ce qu'on a. Après il faut investir dans d'autres trucs, je sais pas, ils nous ont demandé des choses qui coûtent cher, d'accord ? Pour qu'on puisse (.) Après quand vous calculez la performance, peut-être la première année vous allez avoir l'argent mais vous allez pas rentrer dans vos frais. Et après : « Ah, votre objectif, machin » et tout ça et on arrivera peut-être pas (.) On peut pas faire mieux que mieux, c'est, c'est sans fin {rires}.

M1 : Y a un problème aussi avec ça, c'est qu'on est, on est pieds et poings liés avec les chiffres de la caisse. Moi comme M6 la caisse est venue me voir, elle m'a dit euh, entre autres, sur le logiciel, sur le fait que j'avais pas de, d'optimisateur de prescriptions etc. Bon je lui ai dit pour lui faire plaisir que, pour ce qui me restait à faire, j'allais pas investir 1 500 € dans un ordinateur. Elle dit : « On va commencer par les pathologies les plus simples, on va prendre les diabétiques. Tous les diabétiques doivent être vus une fois par an par le cardiologue, et l'ophtalmologiste. {fait semblant de prendre un livre et de tourner les pages} Je vois vos chiffres : Ah ben non, vous c'est pas bon, vous n'êtes qu'à 50 % ». Je lui dis : « Ah non, j'ai au moins 80-90 % ». Elle me dit : « Ah ils vont peut-être à l'hôpital ». Ben je dis oui. « Ah ceux-là ils ne sont pas comptabilisés chez vous » [M8 : Exactement.] -Mais alors qu'est-ce que je fais ? -Ben alors, à la fin de l'année [M4 : Vous notez {rires}.], vous notez et vous contestez ». Je dis : « Mais madame y a 750 items dans votre truc, je vais en contester 725 ? ». Un autre truc, tout bête : diabétique, hypertendu, traité par telle molécule : « Ah ben vous docteur ben ça va pas, vous avez pas de diabétique hypertendu ». Je dis : « Mais comment ça, mais (.) ? -Ben oui, parce que vous n'avez pas assez d'activité, donc vous sortez des chiffres, donc vous aurez pas de sous. -Mais moi si je fais mes efforts sur les trois malades ? -Non rien du tout ». Et tout est comme ça. J'ai fait comme M6, j'ai dit : « Terminé Madame, vous êtes bien gentille [M5 : {rires} Allez au revoir Madame.], je fais, ou je vais faire pour les quelques mois ou années qu'il me reste à faire, je vais faire ce que je faisais d'habitude. Si y a des sous à la fin, je les prends, sinon tant pis. C'est terrible ça, c'est terrible.

M3 : Tant qu'on nous demande pas d'en redonner euh (.)

M2 : En plus je pense que {fait un mouvement circulaire de l'index pour englober} tous les médecins qui sont ici, travaillent à peu près de la même façon donc, je dis pas qu'on est tous de la même école parce que {regarde M4} y a des jeunes quand même, mais je veux dire on fait notre travail à peu près correctement. Donc qu'est-ce qu'ils viennent nous embêter, nous, avec des trucs comme ça, où on a appris certaines choses qu'on met en, en pratique. On essaye au fil des jours de nous améliorer -ce qui est normal, c'est pour nos malades, c'est pas {met sa main sur sa poitrine pour se désigner} pour nous faire plaisir à nous c'est pour nos malades- [M5 : On s'est mis à tout, on s'est mis à l'informatique, on s'est mis à la carte vitale, on s'est mis à un tas de choses. Notre génération elle s'est adaptée hein. On a su s'adapter en quelques années quand même hein]. Donc et ils viennent nous embêter à des trucs comme ça mais (.)

M6 : Je vous rappelle quand même que nos patients, quand la convention a été signée, ils sont venus assez rigolards pendant quelques temps, ça a peut-être duré 15 jours-1 mois : « Alors docteur, vous allez avoir une prime de 9 000 € ? » Ah ça ils l'ont entendu, comme ils avaient entendu que la caisse nous avait payé l'informatique hein ? [M2 : Mais ils savent pas pourquoi et comment.] {regarde M8} que t'as pas touché.

M1 : Et c'est même récurrent dans la presse, parce quand y a des articles sur les revenus des médecins et les relations avec la caisse, on a encore des journalistes qui disent : « Oui mais les médecins sont payés, on leur paye leur informatique ».

M6 : Non, non. On a payé l'informatique.

M9 : Quel scandale {soupire}.

M8 : Le piège c'est que -si on parle du CAPI de l'époque- moi on est venu me proposer le CAPI, je l'ai refusé pour une raison simple, j'étais peut-être un tout petit peu plus malin qu'eux, j'ai demandé : « Pourquoi vous avez pas proposé de CAPI à mon associé ? Comme on travaille sur les mêmes dossiers (.) » Et là, après coup, je comprends maintenant avec la performance et tout ça, si moi, on parle de diabétiques, si par exemple, l'hémoglobine glyquée, c'est tous les 3 mois ou les 4 mois. Si j'en fais 2 moi, et les mêmes patients, les miens par exemple, que je suis régulièrement, j'ai mon associé qui va faire 2 hémoglobines glyquées : 0 pour chacun, parce qu'on a pas l'objectif. Et pourtant =

M6 : = Oui on t'en demande 3 (.) Mais si ils vont chez le diabéto ça compte pas pour toi.

M4 : Voilà c'est ça.

M8 : Le médecin traitant y en a qu'un. Mais quand on est associé, moi je vois un patient, bof mon collègue il était là il a signé pour lui, si tu mets pas MTR, il est hors parcours. Donc c'est des pièges, et on perd beaucoup d'argent comme ça.

M5 : Oui, c'est des grands guignols.

M9 : C'est comme la roulette russe au casino, c'est programmé pour qu'on perde.

M8 : Je peux pas faire mieux que mieux.

M4 : C'est vrai que si on compte euh, moi qui travaille pas beaucoup, et en plus une bonne partie euh sont, je vois des patients de ma collègue (.) Qu'est-ce que je vais avoir ? [M6 : Rien.] Si j'ai 100 € à la fin de l'année euh.

M6 : Ah ben si vous faites chacune vos hémoglobine glyquées ensemble vous aurez rien. Ou alors il vaut mieux en faire 4 chacune {rires}. Faut tout doubler.

M4 : Mais euh beaucoup, moi je vois ma patiente diabétique, c'est de ma collègue bon. Ben c'est le moment, c'est le moment de faire l'hémoglobine glyquée, je le prescris. Je cherche pas à comprendre. En plus moi ça va être, c'est elle qui a prescrit une biologie, donc je vais être comptabilisée comme quoi j'ai, effectivement (.) Et en plus, ben j'aurai pas mes (.) [M3 : Oui de toute façon c'est pas ton patient donc (.)] Et je vais faire perdre des points à ma collègue. Donc euh, on va être calculateur, c'est pas possible [M9 : Ils font tout pour qu'on puisse pas avoir plus que 1 000 €.].

M6 : Et ils nous ont dit que, dans un cabinet de groupe, ça ne compte pas si ce sont les associés qui voient le patient. C'est pas un patient qui est compté comme étant bien suivi. Voilà [M4 : Rho c'est ridicule.], et ça ils ne tiennent pas compte de la réalité de terrain. 50 % des généralistes français sont en groupe. 50 % [M7 : Alors voilà, ils veulent qu'on s'associent pour (.) en médecine générale.]. Et ils continuent à juger en individuel pour le suivi du patient. On est forcément en dehors des objectifs, c'est pas réaliste leur machin. Quand en plus de ça effectivement on tient compte du fait que c'est déclaratif, alors : « La tension elle est équilibrée ? -Oui. -Bon ben ça c'est bien ». Voilà, on dit que c'est bon, c'est bon. Et d'un autre côté, on nous demande, on va nous pomper le (.) hein, sur les hémoglobines glyquées. C'est pas possible.

M7 : Oui mais la tension équilibrée, tu devras faire un échantillonnage de tes patients et noter euh.

M1 : Ça ton logiciel que t'auras payé 2 000 € te le fera.

M7 : Oui.

M8 : Mais quand on parle performance, par rapport les arrêts de travail. Parce que par exemple on peut pas comparer un médecin à X, avec un médecin à X par exemple [M6 : Ah ben non ils travaillent pas là-bas {rires}.]. Nous si on a 2-3 cancers chez les jeunes, c'est deux ans d'arrêt de travail.

M6 : Nous on en a plus, y a que des retraités {rires}.

M7 : Ben non moi j'ai des cancers hein, qui me pompent mon, mes indemnités journalières hein.

M8 : {hésite} Oui, mais, et parce que euh, t'as d'autres euh.

{rires} {brouhaha}

M3 : Mais à X, y en a beaucoup qui travaillent pas. Donc y a pas d'arrêt de travail.

A : {pour M8} Vous pouvez juste répéter la fin de votre phrase, parce que du coup je pense que (.) on va pas la comprendre {rires}.

M8 : Je disais, bon que chaque médecin a, dans des quartiers par exemple, y a des quartiers où y a des personnes retraitées, des personnes d'un certain âge. Et euh y a des quartiers où y a beaucoup de jeunes, donc c'est plus HLM tout ça, donc c'est des jeunes en activité. Euh, il suffit qu'il y ait 4-5 cancers ou tumeurs dans notre clientèle, c'est souvent les jeunes, on (.) Bien sûr, ailleurs aussi ils ont des cancers, mais là y a pas d'arrêt de travail. Ici on a un arrêt de travail qui va durer 1an-1 an et demi. Donc nous on est moins performants, parce qu'on a coûté trop en indemnités journalières, et mon collègue qui a des retraités, même si ils ont des cancers, ils ont pas (.) un arrêt de travail. Donc lui il est performant.

A : Oui.

M1 : Y avait un article y a trente ans dans l'Express, qui avait voulu faire un supplément Médecine -ça a duré 2 numéros- le premier numéro c'était : « Quel est le coût euh respectif de, d'un malade hypertendu, par un généraliste et par un cardiologue ». Et à la fin c'était euh, l'ordonnance du généraliste c'est 5 médicaments pour euh, pour l'hypertension, et le cardiologue, 0 médicament. Évidemment ils font pas d'ordonnance.

M6 : Ben évidemment.

M1 : Donc ça coûte moins cher d'aller faire suivre l'hypertension chez le cardiologue. C'était la conclusion du papier. Extraordinaire ça.

M4 : {rires} C'était un médecin qui avait sorti ça ? {rires} C'est pas possible.

M6 : Y a eu deux numéros en même temps.

M4 : C'est comme quand ils entendent 9 000 € à la fin de l'année, c'est pareil. J'allais dire, je vais mettre mon revenu affiché dans la salle d'attente euh. Avec l'extrait 2035 euh, là comme ça ils verront que c'est vrai. Comme ça ils seront peut-être moins étonnés. Ils paieront plus peut-être, certains.

M1 : Vous multipliez le nombre de gens en salle d'attente par 23, on va dire 5 dans l'heure, multiplié par 10 heures.

M5 : Et c'est les impôts qui te redressent.

M6 : Si on parle des revenus, vous trouvez ça logique que on puisse avoir une amende si on affiche pas nos tarifs en salle d'attente, mais par contre si on les affiche et qu'on pratique ce qu'on veut, y a pas d'amende. C'est logique ça ? C'est comme le papier Interdiction de fumer, on est tenus de (.) voilà [M2 : Ah bon ?]. Si les gens fument dans notre salle d'attente c'est pas grave, mais si on a pas le panneau c'est grave, on a une amende. Hein, y a pleins de trucs comme ça. Donc c'est l'intention qui compte.

A : Qu'est-ce que vous pensez de la capitation, on l'a abordé un petit peu tout à l'heure, mais sur euh, sur un avis général. Le paiement à la capitation ?

{silence}

M1 : Moi je me suis pas posé la question.

M2 : Moi je me suis pas posé la question aussi.

M3 : Est-ce que vous pouvez expliquer euh exactement pour =

A : = La capitation ? Vous avez une somme, une somme d'argent euh [M6 : Forfaitaire.] à l'année qui vous est attribuée par euh, par tête de patient en fait. Et ça constitue votre rémunération pour la prise en charge globale du patient, avec un nombre de consultations qui sera variable en fonction du patient. Donc voilà, votre patient peut venir vous voir 3 fois par jour toute l'année, ou euh une fois par an, vous avez la même somme.

M1 : Mais à ce moment-là je, c'est un peu comme des fonctionnaires, je veux dire, ils travaillent 2 heures dans la journée ben ils vont avoir la même somme que si ils travaillent 10 heures.

M1 : Non parce qu'ils vont avoir un nombre de patients proportionnel au temps qu'il travaille

M9 : Moi je trouve c'est dangereux.

M2 : Non mais je veux dire t'es pas là euh [M3 : Et c'est où ça ?].

A : En Angleterre [M6 : En Angleterre.]. On peut faire un tour de table parce que =

M9 : C'est très dangereux, je veux dire le médecin qui aura plein de patients jeunes qui viennent rarement sera très bien payé sans travailler beaucoup, et celui qui aura des centaines de retraités, cancéreux etc, va euh gagner, va souquer comme un nègre, comme un dingue [M3 : Non, non c'est faux.] [M2 : Ben non ça sera la même somme.]. Oui ça sera la même somme, mais il aura beaucoup plus de travail à faire.

M6 : {lève le bras pour parler} C'est faux, c'est faux. Y a 4 niveaux de revenus en Angleterre, {énumère sur ses doigts} selon qu'on est jeune, selon qu'on est vieux, selon qu'on est handicapé et (.) Y a 4 niveaux de rev…, de forfaits. Euh il nous a présenté ça, c'était un anglais qui nous a présenté ça samedi, y a 4 niveaux. Et donc en fonction de, de, de, de l'état sanitaire quand même on, le médecin touche pas la même chose. Mais euh je sais pas si on peut ramener la capitation sur ce, que sur ce qui se fait en Angleterre, mais c'est la seule, le seul truc qu'on m'ait exposé hein.

A : D'accord.

M8 : C'est un peu du salariat caché quoi, c'est la même chose.

M6 : Euh, non, c'est pas tout à fait la même chose. Parce que tu touches une somme, les sommes elles vont jusqu'à 480 € par patient par an [M5 : Non, le salariat c'est pas pareil, t'as la sécurité de l'emploi en salariat, attention.], je veux dire c'est des sommes qui sont très conséquentes. Mais avec ça ils payent tout, c'est-à-dire que y a ce qui reste au médecin, mais ils payent les infirmières, ils payent les accueillants comme ils appellent ça, les, les gens qui reçoivent, ils payent l'ingénieur informatique de la maison médicale, ils payent euh les techniciens, les réparateurs etc =

M8 : C'est des chefs de, d'entreprise.

M6 : Oui. C'est des chefs d'entreprise, ils payent des secrétaires, ils payent des comptables. Et, il faut quelqu'un qui gère un gros budget, c'est, c'est une entreprise. C'est une grosse entreprise il faut la gérer. Euh ceux qui étaient là ils nous ont montré, je crois qu'ils étaient 7 médecins, et ils avaient 40 et quelques personnes, qui travaillaient dans la maison médicale.

M1 : Et ils gèrent même les spécialistes avec les interventions je crois, y a eu un moment [M6 : Oui, oui.] où ils choisissaient tel chirurgien plus cher que d'autres ou tel chirurgien en fonction des prix =

M2 : = Oui mais après ça peut être de la médecine au rabais parce que ils vont au plus offrant pour garder un bénéfice le plus important [M8 : Mais on a pas la même mentalité aussi.].

M6 : Non mais c'était intéressant d'avoir son exposé, mais par exemple, quand ils, quand y a un patient qui la nuit a été obligé d'appeler quelqu'un d'autre parce qu'aucun médecin de chez eux ne pouvait venir les voir, le patient il paye le médecin qui est venu le voir, il prend une quittance, et il la ramène à la maison médicale il se fait rembourser la quittance [M2 : C'est eux qui payent.] donc euh, parce qu'ils ont pas pu assurer la continuité des soins.

M3 : Par contre c'est la maison médicale qui a un groupe de patients alors.

M6 : Oui, c'est ça.

M3 : C'est pas par médecin c'est pour l'ensemble de la maison médicale.

M8 : Ça peut pas exister en France, les français n'ont pas la même mentalité.

M6 : C'est, c'est très difficile.

M2 : Pas du tout.

M6 : Alors en Belgique y a une expérimentation, y a 4%, 4% des médecins qui travaillent comme ça en Belgique alors (.) Enfin en Angleterre c'est généralisé, mais en Belgique c'est expérimental. Y a à peu près 4% des patients qui sont suivis dans des maisons médicales.

M5 : Donc il faut ouvrir des maisons médicales, ce qu'ils veulent faire, ils veulent promouvoir les maisons médicales. Ça c'est l'avenir (.) pour les zones rurales, pour les zones rurales [M9 : Ça c'est une catastrophe ça.].

M6 : Ah bah de toute façon avec les jeunes ça sera ça ou t'auras pas de médecin [M5 : Ça sera ça ou rien oui oui.].

M5 : Ils seront obligés de mettre en place des choses comme ça. Donc ça les incitera, ça les incitera si ils leur financent, ça les incitera les jeunes à rentrer dans la (.)

M6 : {pour M5} Toi t'es, t'es, t'es dans une maison médicale aussi quasiment.

M5 : {hésite} Oui.

M1 : Ils sont 2 {rires}.

M6 : Ben ils étaient 3 à un moment. Pis t'as une infirmière, ou un kiné.

M5 : Ah non on a plus que ça, on a plus que ça donc euh. On a le, on a le concept de la maison médicale mais euh [M6 : Mais pas de la maison de santé.] en étant séparés. Voilà. Mais, chacun étant en libéral, chacun gère, gère son, sa spécialité.

A : Alors, quel (.) Enfin, comme on a balayé un peu tous les modes de rémunération, quel type de rémunération vous semblerait optimal ? Donc le paiement à l'acte, le salariat, euh les forfaits, la capitation, le paiement à la performance, un paiement mixte, donc qui est déjà plus ou moins euh abordé =

M1 : = Si on fait rentrer le salariat, alors on rentre dans congés payés, RTT, etc. C'est plus du tout la même organisation.

A : Oui.

M1 : Et 35 heures.

M2 : Oui mais ça ça serait pour les hospitaliers les choses comme ça, pas en libéral [M5 : Oh ça ce serait l'idéal.].

M1 : Ça fait une semaine d'après-midi de travail.

M6 : On est pas éduqués pour des choses comme ça.

M1 : Pardon ?

M6 : On est pas éduqués pour ça.

M1 : Bien sûr que si.

M5 : Ça serait idéal, on serait sûrs de la retraite au moins.

M2 : Oui on toucherait quelque chose.

M5 : On serait sûrs de la retraite. Et je serai sûr de pouvoir la prendre (.) Non une rémunération à l'acte, mais une rémunération qui pourrait être variable en fonction du temps passé [M3 : A l'heure.], en fonction des difficultés, peut-être pas (.) Oui à l'heure, à l'heure [M3 : A l'acte et à l'heure je dirais.], avec un temps horaire peut-être, mais modulable, avec des horaires modulables, enfin des honoraires modulables pardon.

M3 : Oui mais peut-être aussi en fonction de la, du motif de consultation quoi. Parce qu'effectivement y en a qui peuvent tenir 1 heure et demie avec une angine.

M5 : Oui mais si tu fais la psychothérapie de la dépressive du lundi matin qui travaille dans l'éducation nationale, hein et euh, que t'arrives pas à foutre dehors là.

M3 : Si t'en fais qu'une c'est bon, mais quand t en as 3 qui se suivent euh.

M5 : Oui, tu peux lui mettre, tu peux lui mettre 2 C et demie hein.

M9 : Mais attention qui dit rémunération selon le temps passé voudra dire des <u>cotations</u> =

M3 : = Oui tout à fait c'est, j'ai pas dit que c'était le plus simple mais (.)

M9 : Réfléchissez bien aux conséquences de ça. Ça paraît séduisant comme ça hein, mais moi je vois le côté cour hein derrière tout ça, il faudra justifier, ça sera difficile =

M3 : = C'est au Canada je crois hein, qu'ils ont des systèmes de rénumération, ré-nu-mé… bref, en fonction du type d'actes [M8 : Ou de la pathologie.], {acquiesce} du type de pathologie. Et c'est (.)

M8 : Oui, la première pathologie elle est côtée, et puis la deuxième pathologie ou la troisième elle vaut moins cher.

M5 : Oui mais si le moins cher est déjà bien rémunéré.

M4 : Mais là les gens ils vont dire : « C'est pas possible docteur ».

M6 : Oui, moi je pense que l'avenir se fera à la modulation des modes de revenus. C'est-à-dire qu'on a pas les mêmes besoins quand on est jeune, quand on est un peu plus âgé, quand on a des gosses qui font des études, et quand on est en fin de carrière. Actuellement moi j'en ai encore 3 qui sont en train de faire des études, il s'agit pas que je baisse le pied mais, dans 2 ans, euh je peux tranquillement envisager de baisser le pied. Par exemple ça fait quelques années qu'on me sollicite pour reprendre un poste de Maître de Conférences à la fac et que je dis non, parce que ça c'est perdre de l'argent -ils nous payent aussi au lance-pierre pour faire un truc comme ça- c'est vachement mal payé et euh, c'est pas du tout un complément de revenus, si on veut le faire bien il faut s'investir en temps. Mais par contre dans 3 ans, pourquoi pas. Pourquoi pas euh, lever le pied au cabinet, prendre un poste complémentaire à côté, comme actuellement j'interviens plus facilement en maison de retraite. Je veux dire, je pense que, on va moduler en fonction de nos besoins, et on va s'adapter.

A : Donc ça serait plutôt quelque chose, ça serait plutôt un mode de rémunération mixte.

M6 : Mixte oui, tout à fait, je pense que =

M8 : = Mixte mais pas sur le même lieu.

M6 : Oui, pas forcément.

M8 : Je veux dire, le libéral, c'est le libéral mais (.)

A : Mixte par un cumul d'activité.

M6 : Ouais, voilà. Mais je me vois bien faire, bon moi je fais de l'enseignement hein, de la maîtrise de stage, mais je me vois bien faire aussi dans 2-3 ans de l'ETP [A : Oui, ouais.], hein donc Education Thérapeutique des Patients etc.

A : Mais est-ce que ce système-là vous paraît optimal, le fait de travailler sur deux lieux différents, de cumuler deux activités différentes, est-ce que réellement pour vous c'est optimal, ou est-ce que vous envisageriez un, un mode de rémunération uniquement sur votre activité libérale, mais qui, qui soit différent, qui inclut autre chose.

M6 : Ah ça dépend. Si on est tout seul dans un cabinet, et qu'on est jamais là, on va avoir la réputation d'un migrateur, et donc euh la clientèle ça va s'en ressentir. Mais, si on est dans un cabinet de groupe ou les horaires sont assurés, la permanence est assurée, on peut se permettre, de faire des trucs ailleurs, en complément. Et puis en, moi je le cache pas je me fais plaisir quand je vais faire un cours. Ça me, ça me plaît, j'y prends du plaisir. Donc euh, oui bien sûr, moi ça me, ça me va très bien.

A : D'accord.

M8 : Moi je, j'étais hospitalier, j'étais hospitalier de 89 à 2008, et j'étais, je me suis installé en 96. Et comme on était deux je pouvais faire mi-temps mi-temps. Jusqu'au jour où j'ai plus, le cabinet, donc l'associé pouvait plus assurer, donc j'ai été obligé d'arrêter et (.) Plus le temps passe, plus je regrette [A : D'accord, ouais.]. Parce que le mi-temps hospitalier, c'était intéressant [M6 : Tu te faisais plaisir.], j'étais très bien en, donc (.) C'est pas les mêmes angoisses, c'était très intéressant [M5 : C'est plus confortable.], et la moitié, quand on recevait notre salaire de moitié, il était beaucoup plus confortable entre guillemets, par rapport à l'autre mi-temps où vous passez une matinée, donc 6-7 heures votre matinée, vous comprenez ? Et pourtant, on a généré plus d'argent en libéral qu'en salariat, mais avec le système des 57 %, je commence maintenant malheureusement, là comme y a eu 5-6 départs de médecins à côté de moi, je me dis : « J'aurais du ne pas (.) », et je regret…, y a un regret (.) Hein, là vous travaillez comme des, des (.) hein, pour avoir (.)

M1 : Un des problèmes du paiement à l'acte, c'est le, la valeur du C, que vous vous installiez à 25 ans, à 27 ans, ou que vous ayez 65 ans ou 67 ans. Je veux dire on ne tient absolument pas compte de votre expérience. On nous dira toujours : « Mais votre expérience vous garantit un certain nombre de patients ». C'est faux, parce qu'à partir de 60 ans on sait très bien que {fait un mouvement de descente de la main} la courbe, le nombre de (.) D'abord parce qu'on en a assez, on est moins disponibles, plus fatigués, et puis y a les, les gens vont voir ailleurs. Donc euh, c'est quand même une dévalorisation progressive de, même si, {pour M6} comme tu dis, on a pas les mêmes besoins, mais c'est pas une raison. Euh, y a aucune valorisation, de l'expérience.

M6 : Oui c'est pour ça que je ferai autre chose.

M1 : Oui, mais encore faut-il être dans un système dans lequel -parce qu'il faut pas oublier les patients, derrière y a les patients- moi voilà je suis seul, moi je vois qu'actuellement j'ai 2 acti…, 3 activités différentes [M5 : Ouais c'est vrai.], et ben maintenant je suis fermé {énumère sur ses doigts} le lundi matin, le jeudi matin, le mercredi après-midi, le vendredi après-midi, pis je me rends compte que la consult elle {fait un mouvement et un bruit de chute} « Pfiiiooou ».

M2 : Ben oui parce que les gens ils viennent 1 fois, 2 fois, ils voient que c'est fermé, ils partent hein.

M5 : Oui, ben oui, bien sûr c'est évident.

M1 : Donc c'est valable quand t'as un cabinet de groupe, d'où l'intérêt de, de [M6 : De se regrouper, de s'associer.], de s'associer.

M6 : Ouais ça c'est sûr.

A : D'accord. Alors est-ce que vous, alors on a abordé un petit peu les modes de rémunération dans les pays voisins, est-ce que vous avez d'autres exemples à l'esprit ? On a parlé de l'Angleterre, bon un petit peu de la Belgique, un peu du Canada =

M1 : = Le Luxembourg !

{rires généralisés}

M8 : Non mais il faut voir aussi un peu les pays sudistes, l'Espagne, le Portugal, l'Italie. Il y a, surtout au Portugal et en Espagne, le système c'est pratiquement des dispensaires, surtout au Portugal, les médecins libéraux, le matin c'est au salariat, et les après-midis ils font tous du privé [A : D'accord.]. Donc ils vont travailler les heures de salariat, et après les gens, y a tellement de monde à soigner, et ben (.) En fait leur système il est difficile parce qu'ils sont obligés de retourner voir le même médecin mais en privé.

M4 : Et dans le dispensaire, si il y a 50 personnes, il est midi, il a fini. « Vous revenez demain » {rires}. Il finit pas la queue.

M8 : Oui, mais il y a une chose qui est très importante, c'est qu'ils ont pas la même mentalité que nous [M4 : Et ils disent rien, ils rechignent pas, ils repartent, et ils refont la queue le lendemain]. Y a des gens qui vont chercher leurs vieilles personnes, de 15 km et revenir chez le médecin salarié, sans rien dire, sans hurler : « Ah ben c'est midi mais on attendait ».

M8 : Ici tu fais ça tu fermes à midi =

M5 : = À midi et demi ils te foutent le feu au cabinet.

M2 : Ils veulent tout, ils veulent pas payer.

M8 : Et après ils te demandent : « Est-ce que je dois vous payer ? » C'est un peu gênant.

M2 : C'est pas la même mentalité.

M8 : Oui, nous en France on a une mentalité très difficile du point de vue soins, on croit que tout est dû [M6 : Tout est dû.].

M5 : Et ça changera pas hein.

M6 : Et, et ça fait pas un siècle que tout est dû : avant 45 y avait rien qui était dû du tout ! [M8 : Donc on peut pas comparer.] Ça fait pas un siècle.

{brouhaha généralisé}

M8 : Quand on sort d'ici, et qu'on voit à une heure ce qui se passe, au point de vue soins. Et, c'est là qu'ils pourraient dire : « Mince, on est très bien ici. On est bien soigné, même pour 23 € ».

A : D'autres pays ? La Suisse ?

M8 : La Suisse c'est au chronomètre non ?

{rires généralisés}

M4 : {rires} C'est l'horlogerie suisse ?

M8 : Non, la Suisse c'est au chronomètre.

A : Y a une notion de temps, oui.

M4 : Il fallait prendre la montre {rires}.

M8 : En Suisse la première partie de la consultation c'est dans le forfait, tu dépasses 10 minutes ils déclenchent le chronomètre. L'Allemagne par exemple, tu téléphones, c'est de 08 en Allemagne, chez ton médecin.

M6 : Ah oui ils facturent, ils facturent les coups de fil.

M8 : C'est 08, que nous on a pas le droit. Parce que quelqu'un qui te prend une heure au téléphone, parce qu'il veut soigner un bouton, et tu lui dis : « Je vois pas, je peux pas {rires de M4}. Mettez la webcam », parce que qu'est ce que tu veux mettre sans voir ?

M4 : « Je peux vous envoyer un mail docteur ? » On me l'a déjà fait.

M8 : Je veux bien, mais en Allemagne tu =

M6 : = Aux États-Unis aussi ils leur envoient l'addition hein.

M8 : Le téléphone est payant. Tu payes euh, quand tu veux avoir ton médecin. On a pas la même mentalité.

M1 : J'avais vu une fois en garde un patient étranger, américain ou canadien je sais plus, et on se déplaçait à l'époque pour 50 francs ou 100 francs [M3 : Ils rigolent.]. Il m'avait dit : « Mais attendez voir c'est quoi ce truc-là, je vous appelle, vous venez chez moi, vous me faites la piqûre, je paye 50 et je suis remboursé ? »

M5 : Petit joueur.

A : Et nos amis luxembourgeois ? Au Luxembourg ?

M6 : Ah ils sont riches

{rires généralisés}

M8 : Au Luxembourg c'est 100 (.) [M2 : 100 € la consultation.] Je sais plus, si vous êtes réveillés la nuit c'est 170 € la consultation je crois.

M2 : Oui mais enfin c'est très cher, tout est très cher.

M9 : C'est 3 ou 4 fois plus cher que nous.

M6 : Au Luxembourg on sait pas trop mais c'est, c'est le grand luxe.

M5 : Mais enfin c'était une soirée pour nous fâcher là ou quoi {rires} ?

{rires généralisés}

M2 : D'ailleurs ceux qui veulent être riches, ils vont au Luxembourg hein, ils se posent pas de questions.

M6 : Je suis allé une fois à la journée d'actualités thérapeutiques à Luxembourg, ils font des sérodiagnostics de varicelle, des machins comme ça {rires}. Chez nous tu fais ça t'as ton profil de prescripteur qui explose, on vient te sonner les cloches. Non non chez eux, sérodiagnostic : varicelle. Par exemple. Comme ça. Et tout est remboursé euh, les antiasthéniques sont encore remboursés, enfin (.)

A : Alors est-ce que, est-ce que vous seriez prêts à changer de mode de rémunération ?

M1 : Bah, c'est le moins pire.

M5 : Moi ça me convient bien.

M6 : Moi ça dépend ce qu'on me propose.

M2 : Oui moi aussi.

M6 : Moi si on me propose un salariat à 10 000 € tous les mois avec treizième mois et tous les avantages [M1 : Tu peux rêver.], donc ça dépend ce qu'on me propose

{brouhaha généralisé}

M1 : Tu peux rêver, Fabius avait dit, à l'époque de Jospin, qu'il voulait salarier les médecins, et il avait dit : « Je prends l'exemple d'un généraliste qui gagne 2 000, euh 20 000, 20 000 francs par mois » [M6 : Oui.]. Déjà à l'époque il plafonnait le généraliste à 20 000 francs par mois.

M6 : Oui d'accord , ben ça sera sans moi. Non non mais si on me salarie au même niveau je veux bien =

M1 : = Non mais ça donne déjà une idée de ce que l'homme politique de haut niveau pense comme revenu normal d'un médecin généraliste.

M9 : {ironique} Oh il sera plus généreux ce coup-ci, il nous, il nous proposera 23 000.

M8 : Si il veut faire ça après il sera obligé de changer tous les médecins de l'Europe.

M6 : Le prob…, le problème, {pour O} c'est pas une bonne question euh, de demander si on serait d'accord pour changer de mode de rémunération [M2 : Ah oui c'est trop vague.], parce que c'est beaucoup trop vague. La question c'est changer pour quoi, et dans quelles conditions.

M1 : On, on peut aussi changer la question, on dit : « Quel, qu'estimez-vous comme revenus corrects mensuels ? », on peut dire ça aussi [M6 : Ouais.].

A : On va y venir à ça.

M8 : À mon avis c'est la société qui va nous imposer d'autres euh, modes de rémunération. Là vous entendez les cartes euh, bancaires, d'avance santé, que les gens au lieu de payer (.) [M1 : Les cartes mutuelles.] Oui, au lieu de vous payer ils ont les cartes, ils payent à votre, ils payent à leur place, et si vous avez pas la machine, ça les gens vous engueulent. Donc c'est un investissement déjà pour nous quoi. Donc c'est la société, c'est la société qui nous impose. C'est ça le problème qui nous, qui nous guette. C'est pas seulement ces 23 €, eux ils disent : « Moi j'ai ma carte santé, débrouillez-vous pour la prendre » [M2 : Oui c'est cartes du crédit mutuel.] [M6 : Moi j'ai pas de lecteur de carte bleue de toute façon.].

{brouhaha généralisé, 3 à 4 personnes parlent en même temps}

A : Oui pas tous en même temps parce que là ça va être difficile hein.

M9 : Il faut plus se faire d'illusions on est plus médecins, on devient des prestataires travailleurs de santé. Je dirai il faut pas se faire d'illusions. Prestataires travailleurs de santé, le nouveau système qui est en train de se mettre en place. Faut pas se rêver, se bercer d'illusions.

A : D'accord. {pour M5} Allez-y, vous disiez ?

M5 : Oui je disais que j'ai pris la carte bancaire et que c'était vraiment très très facile et euh, et maintenant j'ai plus de chèque en bois, je veux dire le fait d'avoir accepté la carte bleue. Et les cartes individuelles, fait que les gens maintenant prennent l'habitude et, c'est beaucoup plus simple.

M2 : En plus souvent les jeunes ils ont plus de chéquier, ils ont que des cartes. Moi en plus j'ai beaucoup d'étrangers, j'ai beaucoup de chin… ben les étudiants du Saulcy c'est des chinois etc, euh ils viennent en France avec leur carte, ils ont pas de chéquier =

M5 : = Ils ont pas de liquide, ils ont pas de carnet de chèque les jeunes maintenant. Ils prennent la carte bleue.

M8 : Mais euh, moi chez nous on fait le tiers payant pour 2 €, y en a un une fois pour me payer le tiers payant les 2,30 €, il m'a donné 50 € =

M6 : = Qui était faux, le billet ?

M8 : Non je sais même pas si c'était un faux billet.

M6 : Si c'est un faux billet alors là t'as fait une affaire.

M9 : Moi une fois le tiers-payant on m'a payé avec 200 €, ben j'ai eu peur, j'ai bien frotté le billet pour voir si il était vraiment vrai =

M4 : Alors là moi je le prends pas hein, c'est gratuit hein. Je fais même pas payer, je préfère {rires}

A : Alors, que pensez-vous de votre rémunération rapportée à votre temps de travail ?

M2 : Ben c'est trop faible.

M8 : En brut ou net ? [M2 : C'est indécent.]

M5 : Très insuffisant. Très insuffisant [M2 : Indécent.].

M8 : Très indécent.

M6 : Ça dépend à quoi on compare : si on compare aux footballeurs brillants du FC Metz {rires généralisés} … surtout à la performance hein {rires}.

M3 : À études égales, si on prend des commerçants ou autres euh, on est des petits joueurs.

M5 : Et même à l'heure, même au nombre d'heures.

M1 : Y a pas que l'heure, y a la disponibilité, quand t'as 15 personnes en salle d'attente euh (.) [M8 : On est payé 2 SMIC l'heure.], même si une modification des gardes a permis de

soulager le travail un petit peu, après 20 heures [M8 : {plus lentement} 2 SMIC l'heure.], on est tout le temps-là.

M8 : C'est tout à fait inadmissible [M6 : Tu sais qu'un footballeur stagiaire au FC Metz il gagne 10 000 €. Par mois.]. C'est inadmissible quand on voit les salaires des ingénieurs (.), les gardes à Cora qui viennent me voir, ils touchent plus que moi {rires}. C'est simple nous on touche 2 heures (.) oui, 2 heures c'est le SMIC (.) 2 SMIC de l'heure.

M9 : Absolument, on s'en sort parce qu'on travaille bien plus que 35 heures.

M8 : {soulagé} Voilà !

M9 : Mais si on travaillait 40 heures, mais on serait dans les catégories moyennes basses. On s'en sort, parce qu'on bosse voilà.

M8 : Oui, avec 2 heures SMIC, pour gagner plus t'es obligé de faire 10 heures, 8 heures, 9 heures, c'est indécent.

A : D'accord. Et à combien (.) Alors la question là pose toujours euh un peu (.) question : {plus lentement} À combien est-ce que vous estimeriez votre revenu, pour 35 heures hebdomadaires de travail, en tant que salarié d'un centre de santé ?

M5 : {du tac au tac} 6 000 € nets. C'est, c'est le prix d'un hospitalier.

M8 : Si je compare, moi c'était tiers temps, je dépassais 2 500 € [M2 : 5 000.].

{brouhaha généralisé}

M6 : 5 000 nets, 5 000 pour 35 heures [M4 : 5 000.], parce que pour 6 000 y a des astreintes y a des (.)

A : Donc ça c'est ce que vous souhaiteriez.

M6 : Non ! [M8 : Nets.] Vous nous demandez à combien on s'estime que ça vaudrait hein, bon. On a pas dit qu'on voudrait ça, on estime que ça vaudrait ça.

M9 : Tenant compte des années d'étude, de l'âge tardif auquel on est rentré sur le marché du travail, c'est vraiment euh (.)

M1 : Un ingénieur il part à 5 ans (.) Enfin je veux dire il rentre à 5 ans. Bon je parle pas de celui qui a du mal à trouver du boulot mais à (.) Bac + 5 hein, 3 années de prépa, 3 années d'école machin Bac + 5, si il se débrouille bien à 23 ans il rentre, et il commence pas au SMIC. Et nous on attend quoi, 27 ans ? Et si on veut créer une clientèle =

M5 : = Tu attends 10 ans.

M6 : Niveau Master ils commencent entre 2 500 et 3 000 [M4 : C'est 9 ans de toute façon maintenant.]. C'est à peu près le niveau où ils commencent.

M1 : Oui, mais après quand tu te mets en libéral, ou (.) Si tu reprends pas une clientèle tu repars à 0.

M9 : Oui mais attention, là, là tu parles du Bac + 5, et on est en train d'étudier un système actuellement -je sais pas si vous lisez le quotidien- et euh, c'est 10 ans, 11 ans maintenant la médecine, ils parlent d'ajouter un an [M6 : C'est 10 ans, 10 ans.] et là de mettre la médecine à 11 ans.

M1 : Oui et y aura des officiers de santé à Bac + 3 pour faire le tri.

M6 : Quand ils parlent des officiers de santé, ils envoient un ballon d'essai j'ai l'impression pour voir comment réagissent =

M5 : = Ça gueule on le retire, ouais ouais, ouais ouais. Oh ça sortira bientôt ça. C'est un épouvantail ça

M6 : Ouais c'est (.) Bon c'est une super-infirmière.

M1 : Ce que tu dis, 6 000 € oui ça correspond, c'est =

M5 : = Ah ben voilà hein. Moi je prends l'exemple hein, une consœur qui est passée du libéral au, au PH, elle dit : « Je veux 6 000 € », on lui met 6 000 € hein.

M1 : T'as essayé de dire à la caisse que tu veux 30 € ?

{rires généralisés}

M5 : 24, pour voir, pour rigoler. Pour voir si ils rigolent.

A : Est-ce que quelqu'un veut rajouter quelque chose ?

{silence}

M6 : Si, une anecdote marrante, y a une dermato à X, il paraît que dans sa salle d'attente y a affiché : « Pour le tarif de la consultation, je répondrai à la question de votre médecin traitant. Toute question supplémentaire sera facturé en supplément ».

{rires généralisés}

A : Pas mal, ça résume bien la situation.

M5 : Faudrait faire circuler ça sur internet, ou qu'on fasse des copier-coller, et qu'on mette les mêmes affiches. Les bonnes idées comme ça il faudrait les généraliser, les généraliser les bonnes idées.

M8 : {Pour O} Mais ça c'est un travail sur le paiement à l'acte en Lorraine, en Moselle ? Parce que je pense qu'en Moselle on est pas pareil qu'ailleurs.

M2 : En Moselle on est très sage, parce que dans la région parisienne ou en PACA euh, ils s'embêtent pas avec 23 € hein.

M5 : En région parisienne le secteur 1 y en a pas.

M2 : Non, non, ça n'existe pas hein.

{brouhaha généralisé}

M6 : Le mosellan ne conçoit pas, vu qu'il est remboursé à 90 %, il ne conçoit pas d'avoir des frais supplémentaires.

M2 : Tout à fait.

M8 : Parce que souvent ils ont pas de mutuelle.

M6 : En Meurthe-et-Moselle les gens de toute façon ils payent déjà 30 % de leurs poches, hein donc pour eux euh (.)

M8 : Oui, nous les tiers payants euh, y a les 2 € 30 [M6 : 2,30 ouais.], tu les retouches toi ? Jamais, y a pratiquement 50 % : « Ah docteur j'ai rien sur moi, j'ai rien » {rires de M4}, moi j'ai un truc comme au café, j'ai une ardoise où je marque, mais je sais que je serai jamais payé. Et si il a la CMU, il a pas d'attestation, il me dit oui c'est Mr X (son associé NDO) qui m'a signé le médecin traitant. Et quand tu veux te faire rembourser, hors parcours de santé qu'il a jamais choisi un médecin, t'as déjà pas touché tes 2 € 30, et tu es payé que 10 € [M3 : Tu touches que 11 €.] [M2 : Tu es remboursé qu'à 50 %.]. Donc quand on parle du tiers-payant aussi, il y a des, des problèmes. Là au moins 23 €, moi j'ai reçu mes 23 € {rires de M4}. Non mais quand on parle de tiers-payant, je suis sur si vous regardez bien [M4 : Oui oui, mais tout à fait.], on se fait avoir. Moi ça me fait rire parce que la caisse ne nous envoie plus les récapitulatifs. Moi je vois ça sur mes relevés bancaires : Hors parcours, hors parcours, hors parcours, parce qu'ils t'envoient les feuilles de X (CPAM locale, NDO) : Parcours non respecté, parcours de santé non respecté.

M3 : L'espace pro c'est utile pour ça, parce que tu passes la carte vitale, et tu vois s'il a choisi un médecin traitant ou pas.

M2 : Moi au départ quand ils ont lancé la carte (.) [M8 : Oui mais attends quand t'as ton patient qui te dit, c'est ton associé.]

{brouhaha généralisé}

M2 : Parce que si c'est ton associé et que t'oublies de cocher, ils râlent après toi, ça devient catastrophique [M6 : Et quand c'est des CMU, médecin traitant déclaré différent, remboursement minoré. Il suffit de se gourer.]. Oui oui, et après t'as des gens comme ça en CMU ils font 3 médecins, alors ils signent euh, un peu partout, et c'est chaque fois pas le même médecin qui voit le patient.

M6 : Mais moi j'en ai comme ça, que je vois très régulièrement, mais le jour où il y a eu la déclaration c'est mon associé qui a signé. Dans mon esprit c'est évident que je suis le médecin traitant [M2 : Ben oui moi aussi.]. Si ils sont en CMU, je coche pas Médecin traitant remplacé [M2 : T'es foutu.], et ben je suis remboursé à moitié. Et je me fais, je me plante régulièrement.

M8 : Moi c'est simple, quand j'ai un doute je mets MTU, c'est urgence.

M4 : {rires} Moi je mets MTR.

M6 : MTR si il est hors parcours de soins tu l'as dans l'os, il faut marquer U, c'est urgence.

M8 : Quand quelqu'un ne sait plus avec qui il a signé, CMU je mets un petit U.

M6 : On à qu'à mettre un petit U partout.

M2 : Oui comme ça ils nous enquiquineront plus.

M3 : C'est des CMU, ils ont qu'à payer quel que soit le médecin qui les voit, je comprends pas.

{brouhaha généralisé}

M1 : Mais y a un autre truc aussi qui est difficile, c'est vérifier ce qui a été payé, parce que (.) maintenant que la caisse n'envoie plus les (.) Donc il faut aller sur ton site Espace Pro et tu vois « Versements des tiers payants ». Alors t'as un certain nombre c'est marqué le numéro des lots, et tout un paquet, les CMU en particulier, y a pas de lot, c'est NTH, NTH, NTH, et donc tu arrives pas à savoir, quelle feuille a été payée ou pas.

M6 : Ouais. Alors le plus, le plus rigolo pour bien montrer qu'ils sont à côté de la plaque, c'est que quand les petites DAM se pointent : « Mais comment ? Vous avez des problèmes avec la CMU ? Mais si vous ne savez pas, mais vous allez sur le site, sur ameli etc Espace Pro », alors je lui dis : « Et vous pensez que quand la salle d'attente elle est pleine, entre 2 patients, on va prendre 5 minutes à chaque fois. »

M3 : Surtout avec la rapidité du site.

M8 : Moi je peux pas, j'ai pas le haut débit. Payez-moi le haut débit comme ça je pourrai. « Ah il faut que vous mettiez le haut débit, on va vous envoyer quelqu'un c'est » =

M3 : = Même avec le haut débit, ça va pas vite.

M8 : Je n'ai ni, ni le haut débit, je n'ai que pour télétransmettre, je n'ai pas internet dans le cabinet.

M1 : Ca vaut 75 points hein {rires}.

{rires généralisés}

M8 : C'est ça le problème, je suis obligé d'investir maintenant dans des logiciels hypersophistiqués, qui m'intéressent pas.

M2 : Alors sur le site là Espace Pro, {pour A} c'est une petite parenthèse hein [A : Oui oui.], j'ai essayé de faire une commande papier sur leur Espace Pro. Donc, il me fallait des feuilles d'AT. Je coche, et en même temps je (.) Alors, récapitulatif, avant d'envoyer je lis, alors j'avais commandé 50 AT et je vois : « Vous avez commandé 10 feuilles d'entente préalable de demande de biologie ». Je me dis : « Tiens, qu'est ce que c'est que ça ? » Je connaissais même pas les feuilles, donc je fais marche arrière et je regarde, je me suis dit : « Il doit y avoir une case que j'ai mal coché » [M6 :Que t'as mal coché oui.]. Donc effectivement la biologie était cochée 10 feuilles. Bon, ben, j'essaye de mettre 0 (.) Je n'ai jamais pu. Je n'ai jamais pu mettre 0, d'ailleurs ce matin j'ai eu 10 feuilles de biologie où c'est bien écrit : « Le directeur du labo doit mettre son tampon ». C'est vachement utile hein, heureusement qu'il y en a que 10. Donc je fais un mail à la DAM qui s'occupe d'Espace Pro et je lui dis : « Ben voilà chez moi j'ai 10 feuilles, vous pouvez pas me mettre un 0 ? » Ben elle m'a répondu ce matin et elle m'a mis euh : « Oui euh, la caisse est au courant, ils cherchent depuis 15 jours comment on peut euh remettre ce truc-là à 0 ». Donc tous les gens, tous les médecins [M4 :

Et ils envoient systématiquement.] Voilà, tous les médecins qui commandent n'importe quelle feuille vont avoir 10 feuilles de biologie =

M4 : = Et ça ils peuvent pas être assez intelligents pour pas les envoyer ?

M2 : Et attends, ils les envoient à la poste =

M4 : = Qu'ils arrivent pas à décocher le truc c'est une chose, mais qu'ils envoient par courrier c'en est une autre.

M5 : Ils sont pas à ça près.

M8 : Ils se compliquent la vie. Mais moi c'est cette histoire de tiers-payant : on se fait avoir [M4 : Je vais aller travailler au Portugal {rires}.].

A : On conclut ? [M6 : Ben oui.] Ben merci à toutes et à tous.

M5 : C'était très enrichissant, demain c'est 25 €, demain DE, je fais du DE.

M4 : Demain je bosse pas {rires}.

M6 : Y en a déjà eu un autre avant de focus group ?

A : 3 autres avant.

M6 : Ah, 3 autres, ah c'est le quatrième. Très bien.

FIN DE L'ENREGISTREMENT.

VU

NANCY, le **10 octobre 2012**
Le Président de Thèse

Professeur S. BRIANÇON

NANCY, le **11 octobre 2012**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/*5070*

NANCY, le **22 octobre 2012**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur P. MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Différents modes coexistent pour rémunérer les médecins généralistes, et chacun d'entre eux aboutit à des incitations, positives et négatives, qui lui sont propres. Chaque pays a d'ailleurs choisi un schéma de rémunération unique, avec son historique et son évolution. La plupart des pays européens s'orientent cependant actuellement vers un système mixte, permettant de retenir les avantages de chaque mode tout en en limitant les inconvénients. La France tente timidement d'amorcer le même virage : l'augmentation régulière des forfaits durant la dernière décennie et l'instauration récente d'un paiement à la performance viennent modérer la toute-puissance du paiement à l'acte, méthode de référence dans notre pays.

C'est dans ce contexte que nous avons souhaité connaître les avis des patients quant aux niveaux et modes de rémunération de leur médecin généraliste. Une étude quantitative par questionnaire sur lieu neutre a mis en évidence que les individus appréhendent correctement les niveaux de revenus des omnipraticiens, qu'ils mettent en relation avec leur important temps de travail. Ils semblent attachés au paiement à l'acte, tout en approuvant un système mixte.

Une étude qualitative par focus group a également été réalisée avec des médecins généralistes lorrains, afin de connaître leurs opinions et représentations sur le sujet. Elle tend à montrer que ces derniers restent attachés au paiement à l'acte, notamment pour la liberté qu'il induit et pour le niveau de revenu correct et malléable qui en découle. Les autres modes sont peu ou mal connus. Le paiement à la performance induit une méfiance du fait de sa nouveauté, et probablement en raison d'incompréhensions antérieures entre médecins et caisses de sécurité sociale. Une base fixe par capitation et une partie variable selon l'activité sembleraient un bon compromis pour s'orienter vers la voie des paiements mixtes.

TITRE EN ANGLAIS

METHODS AND LEVELS OF PAYMENT OF THE GENERAL PRACTITIONERS : OPINIONS OF THE PHYSICIANS AND PATIENTS OF LORRAINE

-A dual qualitative and quantitative approach-

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE - ANNÉE 2012

MOTS CLEFS : Économie de la santé ; modes de rémunération ; niveaux de revenus ; médecins généralistes ; avis des patients ; focus group.

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LÈS NANCY Cedex
